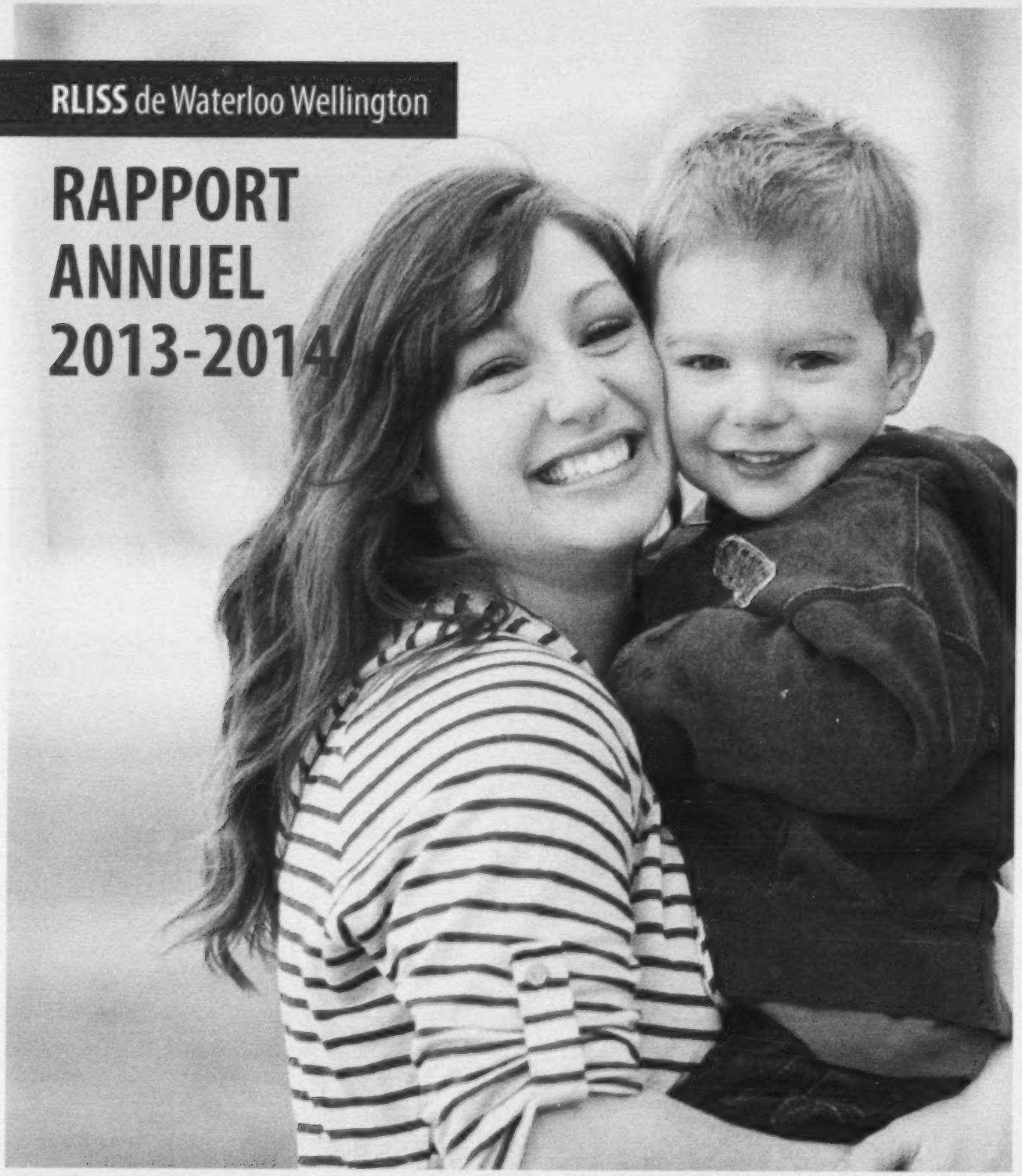
RLISS de Waterloo Wellington

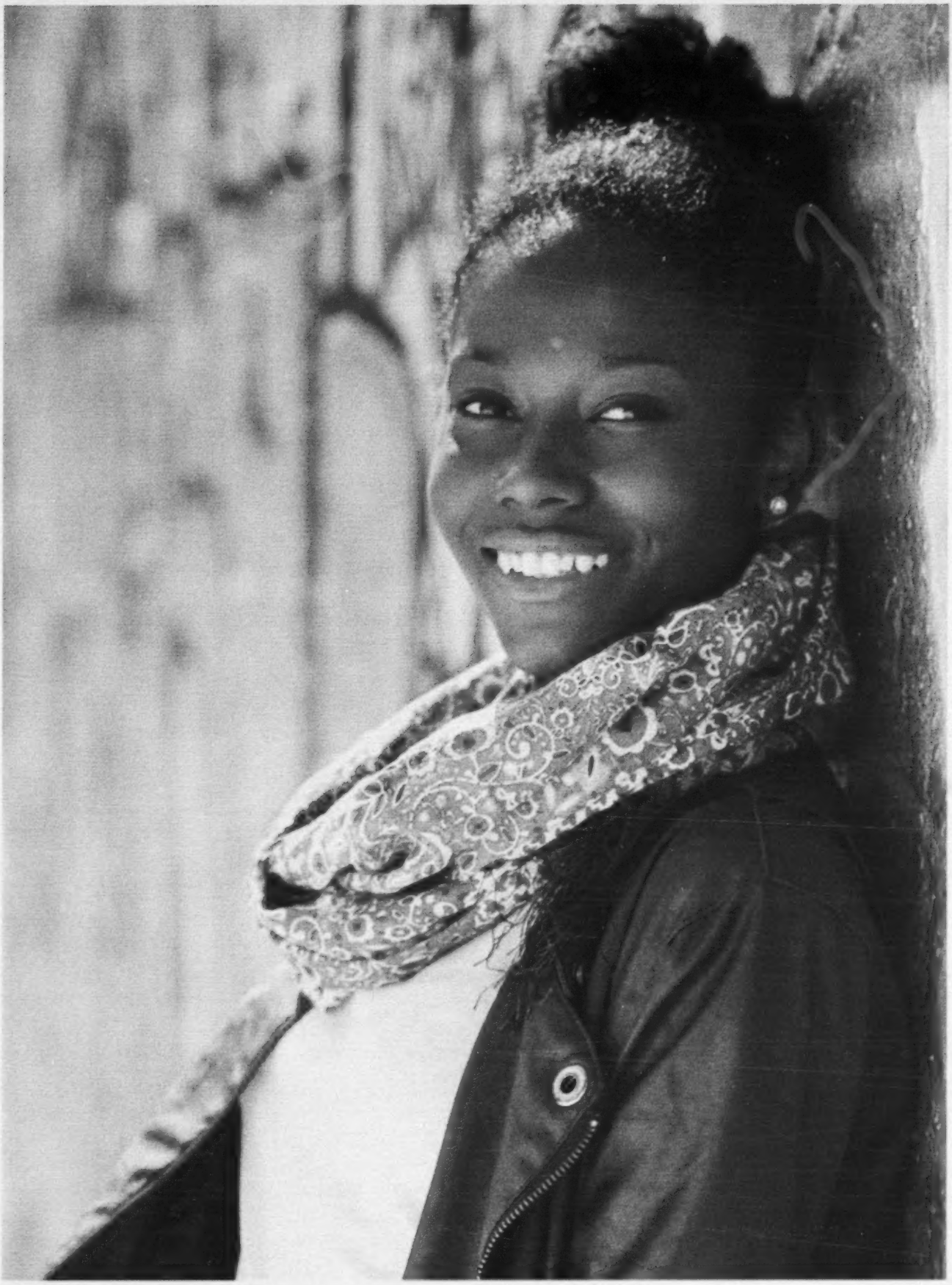
RAPPORT ANNUEL 2013-2014



Ontario

Waterloo Wellington Local Health Integration Network

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington



MESSAGE DE NOTRE ÉQUIPE DE DIRECTION

Au nom du conseil d'administration, nous sommes heureux de vous présenter notre rapport annuel 2013-2014.

L'un des réels avantages d'être un Réseau local d'intégration des services de santé est le fait que nous sommes présents à l'échelle locale. Nous sommes donc profondément enracinés dans la communauté que nous desservons. Nos enfants vont à l'école avec les vôtres. Nous fréquentons les mêmes parcs et les mêmes bibliothèques et lorsque nous avons besoin de soins médicaux, nous nous rendons dans les mêmes hôpitaux, auprès des mêmes médecins, dans les mêmes cliniques.

Nous échangeons régulièrement avec les résidents de la région – qu'il s'agisse de parents, de personnes chargées d'assurer des soins, de patients, de clients, d'itinérants ou autres –, afin de cerner leurs besoins de santé et de voir quelles améliorations nous pourrions apporter afin de mieux les satisfaire. Ces commentaires et ces opinions, ajoutés à ceux des fournisseurs de services de santé, alimentent notre plan commun pour l'amélioration du système de santé – le Plan de services de santé intégrés (PSSI).

Nous sommes là pour soutenir les fournisseurs de soins qui redoublent d'efforts et collaborent à l'atteinte des objectifs précisés dans notre plan. Au besoin, nous intervenons afin de nous assurer que les décisions qui sont prises le sont pour l'intérêt primordial des citoyens que nous desservons. Nous dirigeons également la création de programmes qui améliorent la qualité et assurent des niveaux uniformes de soins dans tout le système de santé.

Le leadership et la direction de notre système de santé, ajoutés au dévouement et au travail acharné de nos fournisseurs dans leurs champs d'expertise particuliers, ont mené à plusieurs améliorations dans notre système de santé local. L'attente des citoyens pour des soins a été réduite de plusieurs mois. Des milliers de citoyens de plus peuvent compter sur un fournisseur en santé familiale. Des centaines de citoyens vivent plus longtemps malgré un problème de santé grave. Enfin, l'accès à des soins pour le diabète, en toxicomanie et santé mentale et à des soins communautaires a été simplifié, et leur accès passe désormais par un formulaire ou par un seul numéro de téléphone.

Nous sommes fiers des progrès réalisés pour l'amélioration de notre système de santé, comme le démontrent les récits et les statistiques présentés dans le présent rapport annuel. Ces réalisations n'auraient pu voir le jour sans l'engagement pour l'amélioration et les efforts considérables de nos 77 fournisseurs de services de santé et des quelque 37 000 travailleuses et travailleurs du secteur de la santé que compte notre communauté. Merci à tous pour ce que vous faites chaque jour pour nos résidents.

Et par-dessus tout, merci aux résidents de notre région qui nous aident à comprendre les changements nécessaires et qui partagent avec nous des récits sur la façon dont nos progrès ont pu améliorer leur vie et celle de leur famille, de leurs amis et de leurs voisins dans toute la région de Waterloo Wellington.

Cordialement,

Joan S. Fisk
présidente du conseil d'administration

Dale Small
vice-président du conseil d'administration

Bruce Lauckner
directeur général

TABLE DES MATIÈRES

La région géographique du RLISS de WW 1

Mission. Vision. Valeurs. 2

Le conseil d'administration 2013-2014 3

La clientèle que nous desservons 4

Notre communauté (profil) 5

Notre santé (profil) 5

Pourquoi être local est si important 6

Un changement est nécessaire 7

Nos priorités 9

Priorité : Améliorer l'accès aux soins primaires 10

Maintenir l'autonomie 10

Des soins tout autour des citoyens 12

Statistiques importantes et autres points saillants 14

Améliorer votre accès aux soins primaires : Rapport de rendement 16

Initiatives et résultats pour 2013-2014 17

Créer une expérience de soins en continu, mieux coordonnée 18

Priorité : Créer une expérience de soins en continu, mieux coordonnée 18

As-tu vu les enfants? 20

Rendre l'insoutenable plus supportable 22

Des soins de fin de vie élargis pour le soutien des familles 23

Statistiques importantes et autres points saillants 24

Créer une expérience de soins en continu, mieux coordonnée – rapport de rendement 26

Initiatives et résultats pour 2013-2014 27

Priorité : Diriger un système de santé de qualité à l'aide de pratiques fondées sur des données probantes 28

Faciliter les défis au quotidien 28

Des temps d'attente réduits aux urgences à Waterloo Wellington 30

Statistiques importantes et autres points saillants 32

Diriger un système de santé de qualité à l'aide de pratiques fondées sur des données probantes – Rapport de rendement 34

Initiatives et résultats pour 2013-2014 37

Susciter la participation de notre communauté 38

Qu'est-ce que l'engagement communautaire? 38

Possibilités de participation en 2013-2014 39

Participation et services à la communauté francophone 40

Activités de planification et services de santé aux Autochtones 41

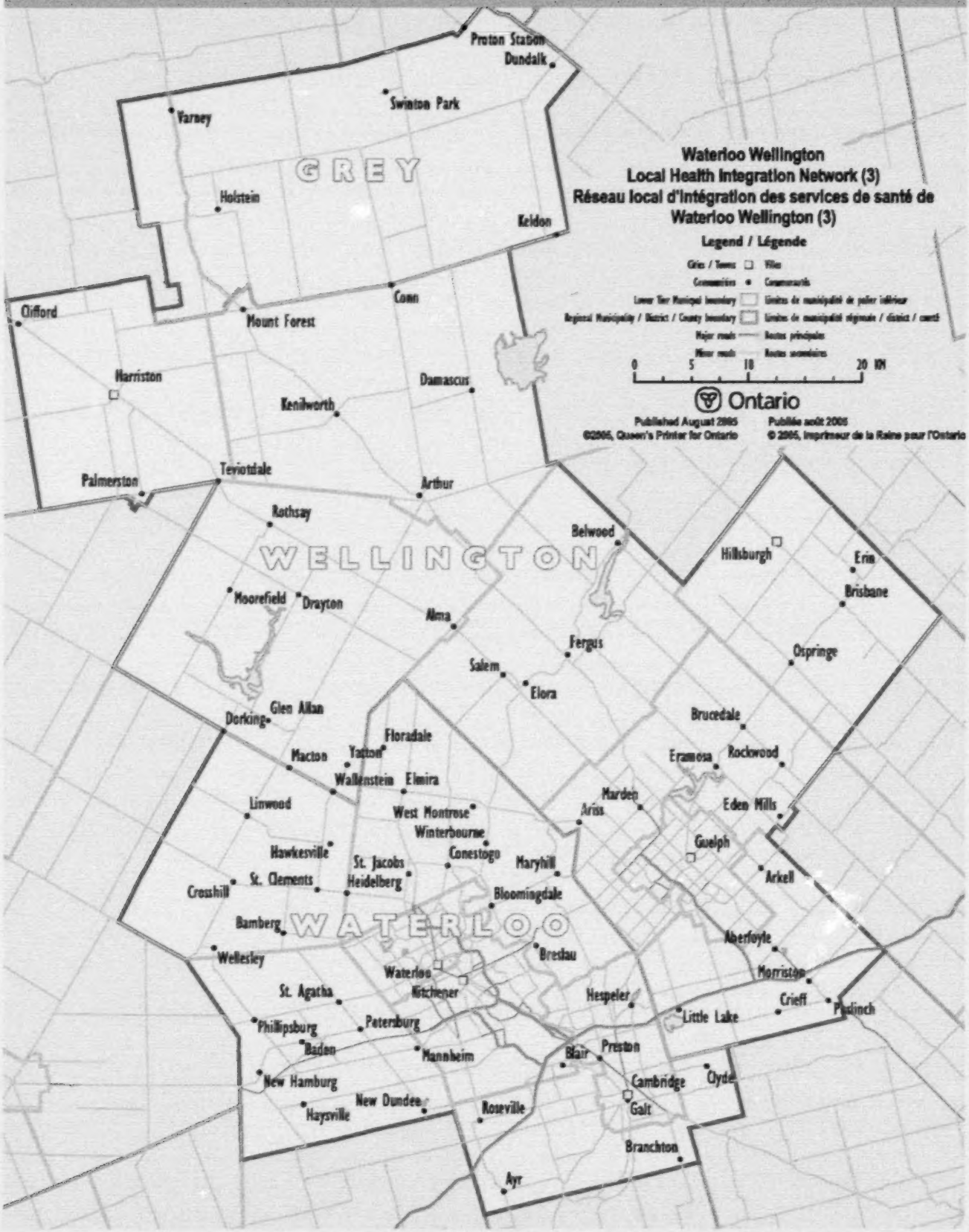
Activités du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington 42

Regard vers l'avenir : la famille Thomas 43

Rapport sur les responsabilités de la direction 45

États financiers 46

LA RÉGION GÉOGRAPHIQUE DU RLISS DE WW



NOTRE MISSION

Diriger un système de santé intégré et de grande qualité pour les citoyens.

NOTRE VISION

Une meilleure santé – un meilleur avenir.

NOTRE VALEUR DE BASE

Agir dans l'intérêt primordial de la santé et du bien-être des citoyens.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 2013-2014

Structure de gouvernance du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington est dirigé par un conseil d'administration dont les membres sont choisis par le lieutenant-gouverneur en conseil et nommés par décret. Ces membres siègent au conseil pour une période pouvant aller jusqu'à trois ans et peuvent être nommés à nouveau pour un mandat supplémentaire. Le conseil d'administration est fondé sur les compétences de ses membres et s'appuie sur des personnes de la région qui possèdent une large palette d'expérience et d'expertises. Les réunions du conseil d'administration sont publiques. Le conseil compte trois comités permanents : finance et vérification, gouvernance et nominations.

Changements au sein des membres du conseil d'administration

Bonnie Bremner siège au conseil d'administration depuis avril 2011. Bonnie s'apprête à relever de nouveaux défis stimulants et le conseil souhaite la remercier pour sa contribution à la santé et au bien-être de nos concitoyens. En novembre 2013, le conseil d'administration du RLISS de WW a accueilli de nouveaux membres. Il s'agit de Jeff Nesbitt, vice-président, entreprise et innovation de Communitech.

Joan S. Fisk, présidente

2 juin 2011 – 1er juin 2014
Nommée à nouveau : 2 juin 2014 – 1er juin 2017

Dale Small, vice-président

18 nov. 2009 – 17 nov. 2012
Nommé à nouveau : 18 nov. 2012 – 17 nov. 2015

Manjit Basi

6 oct. 2010 – 5 oct. 2013
Nommée à nouveau : 6 oct. 2013 – 5 oct. 2016

Murray O'Brien

2 juin 2011 – 1er juin 2014
Nommé à nouveau : 2 juin 2014 – 1er juin 2017

William (Bill) Dinwoody

2 déc. 2009 – 1er déc. 2012
Nommé à nouveau : 2 déc. 2012 – 1er décembre 2015

Jeff Nesbitt

19 nov. 2013 – 18 nov. 2016

Bonnie Bremner

18 avril 2011 – 17 avril 2014
Fin de mandat : mars 2014

NOTRE COMMUNAUTÉ – UN PROFIL

Le RLISS de Waterloo Wellington se trouve dans une région où habitent environ 775 000 personnes, soit environ 5,7 % de toute la population de l'Ontario. Depuis 2007, la population du RLISS de WW s'est accrue en moyenne de 1,2 % par année alors qu'au cours de la même période, la population de l'Ontario augmentait annuellement de 1,1 %. Le RLISS de WW regroupe une population relativement jeune; 87 % de ses résidents ont moins de 65 ans.

Bien que plus de 20 % de la population de Waterloo Wellington soit immigrante et 11,7 % soit constituée de minorités visibles, ces proportions sont moins élevées que la moyenne provinciale. Environ 1,2 % des résidents du secteur du RLISS de WW se définissent comme autochtones. Une proportion de 2 % des citoyens est francophone.

Les taux de chômage et de pauvreté à Waterloo Wellington sont inférieurs à leurs équivalents provinciaux. Chez les adultes de 25 ans et plus, 58 % ont obtenu un diplôme d'études supérieures.

NOTRE SANTÉ

La santé des résidents de Waterloo Wellington est mesurée en partie par divers indicateurs de santé. Ces indicateurs sont comparés aux moyennes provinciales afin d'établir dans quelle mesure les résidents de la région sont en bonne santé comparativement au reste de la province.

L'espérance de vie chez les hommes et les femmes de Waterloo Wellington est la même que dans le reste de l'Ontario. Le pourcentage de nouveau-nés considérés comme petits pour leur âge gestationnel est plus faible que la moyenne provinciale, alors que le pourcentage de bébés considérés comme gros pour leur âge gestationnel est légèrement plus élevé. C'est là un aspect important, puisqu'un faible poids à la naissance est un déterminant de la santé des nourrissons.

La santé autoévaluée, un indicateur de l'état de santé global, peut refléter des aspects de la santé qui ne sont pas pris en compte par d'autres mesures. Les résidents de Waterloo Wellington sont plus enclins que les autres Ontariens à évaluer leur santé globale comme « excellente » ou « bonne ».

De mauvaises habitudes en matière de santé sont liées à un risque accru de malades chroniques, de mortalité ou d'incapacité. Parmi ces mauvaises habitudes, mentionnons le tabagisme (qui affecte 20,3 % des résidents), une mauvaise alimentation (seulement 37,5 % disent consommer la quantité recommandée d'aliments sains) et la sédentarité (56,7 % disent être actifs physiquement). Plus de 50 % de nos résidents disent être obèses ou en surpoids.

Les maladies chroniques dont les taux de mortalité sont les plus élevés à Waterloo Wellington sont le cancer, la cardiopathie ischémique et l'AVC.

POURQUOI ÊTRE LOCAL EST SI IMPORTANT

Profondément enraciné dans notre milieu

Nul ne sait mieux que nous-mêmes ce dont notre communauté a besoin. Nous vivons ici, nous y travaillons et nous y recevons des soins de santé. Cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas apprendre des autres, mais que les solutions doivent être adaptées afin de répondre à nos besoins particuliers.

La région de Waterloo Wellington est rurale à 90 %, mais 90 % des résidents de la région vivent dans des zones urbaines. Nous disposons d'un centre de haute technologie en croissance, de quatre établissements d'enseignement supérieur de réputation internationale, d'un marché public connu dans tout le pays et d'une industrie agricole prospère. Nous pouvons aussi compter sur une communauté artistique et culturelle dynamique, de Drayton à Guelph et au-delà, et de bien d'autres atouts. Notre population diversifiée comprend des francophones, des Autochtones, des mennonites et des immigrants. Bien que le niveau de scolarité de nos citoyens soit en hausse, nous devons aussi composer avec des îlots de pauvreté.

Les professionnels du domaine médical et du milieu des affaires qui travaillent avec le RLISS de WW comprennent notre communauté, car ce sont des gens d'ici. Nos enfants pratiquent des sports et vont à l'école ensemble. Nous fréquentons les mêmes supermarchés, nous assistons aux mêmes festivals, et lorsque nous avons besoin de soins médicaux, nous nous rendons dans les mêmes hôpitaux, consultons les mêmes médecins, et nous rendons dans les mêmes cliniques. Nous nous rencontrons dans les mêmes bibliothèques et dans les mêmes centres communautaires et nous travaillons avec les mêmes organismes de services, comme bénévoles ou comme clients. Les médecins qui travaillent au RLISS de WW travaillent avec nous et avec leurs patients la même journée.

En tant que résidents de la région, nous sommes là pour soutenir les fournisseurs qui travaillent en collaboration afin d'améliorer le système un peu plus chaque jour. Au besoin, nous intervenons afin de nous assurer que les décisions qui sont prises le sont pour l'intérêt primordial des citoyens que nous desservons. Nous dirigeons également la création de programmes qui améliorent la qualité et assurent des niveaux uniformes de soins dans tout le système de santé. Et ces améliorations sont profitables pour tous.

Et surtout, nous échangeons régulièrement avec les résidents qui communiquent avec nous et nous nous assurons que notre communauté recueille leur opinion et leurs commentaires. Les changements visant à améliorer la santé locale tiennent compte de l'opinion des résidents et des travailleurs de la santé de la région. Ces changements sont issus des pratiques exemplaires et s'harmonisent à la stratégie et à la vision provinciales.

Être local a donc ses avantages : connaître les besoins de notre communauté, avoir un point de vue sur le système qui nous permet de voir ce qui doit être réglé et mettre en œuvre des solutions locales qui améliorent la santé de ceux qui nous entourent.

UN CHANGEMENT EST NÉCESSAIRE

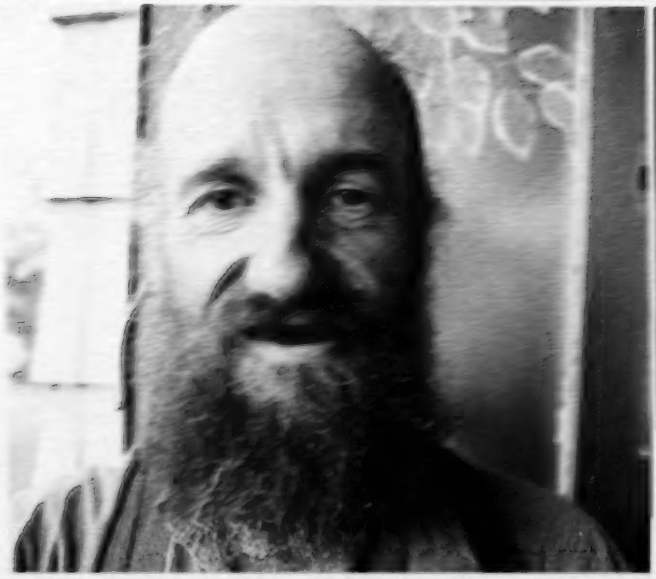
Il y a moins d'une décennie, malgré le dévouement de professionnels de la santé qui faisaient tout ce qu'ils pouvaient afin d'améliorer les soins pour leurs patients, de nombreux récits témoignaient des défaillances du système de santé en Ontario – temps d'attente inacceptables, pénurie de médecins, réadmissions évitables dans les hôpitaux, taux de mortalité plus élevé que prévu et coûts en constante croissance.

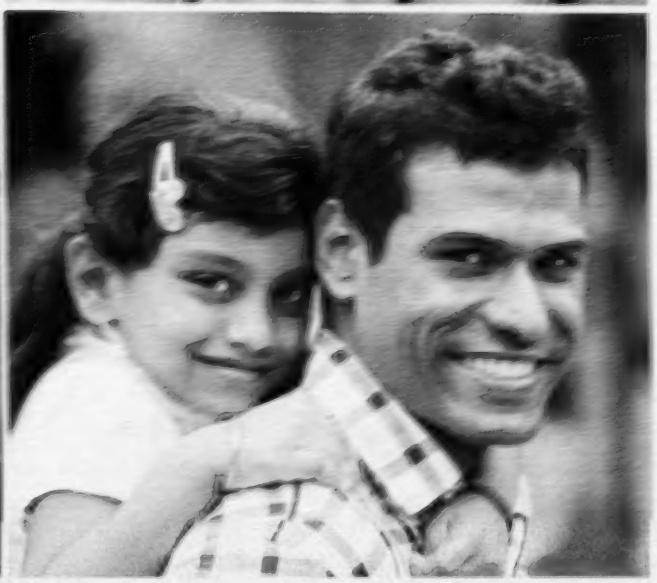
Une meilleure coordination à l'échelle du système était nécessaire pour relier les services, obtenir des gains en efficacité afin de libérer des ressources pouvant être réinvesties et améliorer l'accès et la qualité des soins. Les RLISS ont été créés pour avoir une perspective régionale du système. Notre mandat comprend des échanges avec les intervenants afin de comprendre réellement les besoins de la population, de diriger, de financer et d'intégrer le système de santé afin d'apporter les modifications et de réaliser les améliorations nécessaires.

Pendant que les fournisseurs de services de santé se concentrent sur les besoins de chaque patient qui se présente chez eux, le RLISS se penche sur la façon dont le patient chemine dans le système de santé et ce qu'ils vivent alors que leurs divers besoins de santé sont satisfaits. Les rôles de chacun sont distincts de plusieurs façons et une collaboration est impérative. Les deux sont toutefois essentiels.

Au cours des huit dernières années, plus de médecins ont été recrutés à Waterloo-Wellington. Ainsi, plus de personnes peuvent compter sur un fournisseur de soins primaires. La qualité des soins est améliorée – moins de gens retournent à l'hôpital et un plus grand nombre de patients survivent à des problèmes de santé tels que l'AVC. Les temps d'attente ont été considérablement réduits et ainsi, les citoyens reçoivent beaucoup plus rapidement les soins dont ils ont besoin. Les soins communautaires sont simplifiés, un seul formulaire ou un seul numéro de téléphone suffisent pour obtenir un renvoi en consultation dans bien des cas.

Il reste encore du travail à faire – en fait, il y en aura toujours, car les besoins continuent de changer et d'évoluer. Mais des changements pour le mieux sont en train de survenir – et cela se traduit par une meilleure santé et un meilleur avenir pour les résidents de Waterloo Wellington.





Le *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé* a été lancé en 2012 afin de bâtir un système de santé de qualité pour les Ontariens. Ce système de santé renouvelé répondra mieux aux besoins du patient et offrira plus de valeur aux contribuables. Ses trois priorités sont les suivantes : garder l'Ontario en santé, assurer un accès plus rapide à des soins de santé familiale renforcés et offrir les bons soins, au bon moment, au bon endroit.

À Waterloo Wellington, trois priorités nous guident dans l'amélioration de la santé des résidents de la région :

- **Améliorer l'accès aux soins primaires;**
- **Créer une expérience de soins en continu, mieux coordonnée;**
- **Diriger un système de santé de qualité à l'aide de pratiques fondées sur des données probantes.**

Dans ce rapport, vous trouverez de l'information sur ce que signifient ces priorités, sur ce qui les rend importantes et sur les progrès réalisés au cours de la dernière année. Vous découvrirez également des récits sur les effets des améliorations du système sur la vie de résidents de la région.

Résident de la région

Mot d'ordre pour assurer l'anonymat de la personne

Représentatif des récits de résidents et de personnes soignantes de la région

PRIORITÉ : Améliorer l'accès aux soins primaires

L'objectif : Veiller à ce que les personnes disposent d'un fournisseur de soins primaires relié à d'autres fournisseurs de services de santé.

Qu'est-ce que des soins primaires? Les soins primaires sont les premiers soins vers lesquels se tourne une personne ayant un problème de santé. Le médecin de famille ou l'infirmière praticienne sont souvent ceux qui vont assurer de tels soins, mais le chiropraticien, le naturopathe ou d'autres professionnels de la santé peuvent aussi offrir des soins primaires. Un fournisseur de soins primaires est responsable de la coordination des soins spécialisés requis auprès d'autres professionnels de la santé.

Pourquoi est-ce important? Prenons l'exemple d'un jeune homme souffrant d'une mystérieuse éruption cutanée sur les jambes. Appelons-le Rahim. Rahim n'a pas de médecin de famille, il se rend donc à la clinique sans rendez-vous. La clinique est tellement occupée qu'il doit retourner chez lui sans recevoir de soins. Un autre exemple pourrait être celui d'une jeune maman – appelons-la Neda – dont la fillette souffre de fièvre depuis trois jours. Elle est inquiète et téléphone à son médecin de famille. Le prochain rendez-vous disponible est dans deux semaines; Neda décide donc de se présenter à l'hôpital avec sa fille. Avec un accès accru aux soins primaires, Rahim et Neda auraient pu recevoir rapidement des soins d'un médecin de famille ou d'une infirmière praticienne qui les connaît et qui connaît aussi leurs besoins particuliers en matière de soins.

Progrès réalisés : Au cours de la dernière année, grâce au leadership du RLISS, plus de résidents ont été **jumelés à un** fournisseur de soins primaires; ces fournisseurs sont mieux reliés entre eux et avec d'autres services de santé et services sociaux, et l'utilisation de la technologie a été élargie afin d'améliorer la qualité des soins.

MAINTENIR L'AUTONOMIE

L'autonomie a toujours été très importante pour Louis. Ce résident de Guelph, âgé de 88 ans, est veuf et vit seul. Il est d'ailleurs très fier de pouvoir encore vivre chez lui. Ses deux fils l'aident autant qu'ils peuvent, mais ils ne vivent pas dans la région.

Après avoir cessé de conduire en raison de problèmes de mémoire, Louis est dirigé vers le Maillon santé de Guelph pour une évaluation.

« Au cours de mon évaluation initiale de Louis, j'ai fait la rencontre d'un homme très agréable, habitué de s'occuper de lui-même et fier de dire qu'il se rendait à la messe à pied tous les dimanches », raconte Heather, infirmière praticienne de l'Équipe de santé familiale de Guelph. « Il était très heureux de pouvoir vivre dans sa maison, mais j'étais un peu inquiète quant à sa capacité de prendre soin de lui-même tout seul. Ses jambes étaient enflées, sa tension artérielle élevée, et ses pertes de mémoire signifiaient qu'il n'était pas toujours très prudent en cuisinant, en prenant un bain, ainsi de suite. »

Les Maillons santé ont été lancés au cours de la dernière année pour assurer des soins et des services à des personnes comme Louis, qui ont des besoins multiples en matière de soins. Ces résidents profitent de plans thérapeutiques complets, adaptés à leur situation particulière. De plus, ils n'ont pas à naviguer entre les divers services dont ils pourraient avoir besoin – on leur envoie les bons fournisseurs.

Louis a commencé à recevoir certains services de soutien communautaire, mais ceux-ci ne suffisaient pas à répondre à ses besoins. « Ses fils s'inquiétaient de plus en plus à son sujet. Il refusait de participer à

DES SOINS QUI ENTOURENT LE PATIENT

un programme de jour, avait commencé à errer dans le voisinage et un jour, il a déclenché l'alarme de feu et a été incapable de verbaliser ce qu'il devait faire en cas d'incendie », relate Heather.

« Comme je savais à quel point il était important pour Louis de demeurer à la maison, je lui ai suggéré, à lui et sa famille, de prendre part à une table de discussion de Maillon santé afin de vérifier s'il recevait la meilleure aide possible pour préserver son autonomie. »

Les principaux partenaires communautaires, y compris Louis, sa famille, un voisin, son médecin de famille et l'infirmière à domicile pour les soins primaires, la coordonnatrice du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington, l'ergothérapeute, la popote roulante, un travailleur social de St-Joseph, un membre de l'équipe de soutien comportemental, un travailleur social en soins primaires à domicile et un animateur ont discuté des meilleurs moyens d'aider Louis.

« Louis reçoit maintenant des soins de préposés aux services de soutien à la personne cinq jours par semaine. Il est supervisé lorsqu'il prépare son petit déjeuner et reçoit les soins personnels adéquats. Durant la semaine, ses voisins l'aident à s'orienter et à rester en sécurité. Il continue de voir l'infirmière spécialisée en soins des pieds grâce à l'Équipe de santé familiale et subit régulièrement des bilans de santé avec l'infirmière en soins primaires à domicile et avec son médecin de famille, explique Heather. À ce jour, la démarche avec Maillon Santé a permis à un homme vivant seul et à risque élevé de pouvoir demeurer chez lui et de vivre heureux, en santé et en sécurité. »

Louis

AVANT

Les résidents ayant des besoins multiples ou complexes doivent se battre pour obtenir les soins dont ils ont besoin.

MAINTENANT

828 résidents et plus encore disposent de plans de soins intégrés qui les relient aux services dont ils ont besoin.

DES SOINS TOUT AUTOUR DES CITOYENS

Judy, mère monoparentale souffrant de sclérose en plaques, est aux prises avec des défis considérables. Sa santé s'est détériorée rapidement au cours des 10 dernières années, mais cela ne l'a pas empêchée de vivre pleinement sa relation avec ses deux adolescentes.

Sa plus grande préoccupation est d'obtenir les soins qu'il lui faut pour contrôler ses symptômes. Sa vue est mauvaise, et il arrive que certains de ses membres soient complètement engourdis.

« Ce qui compte le plus pour moi est de rester positive, surtout pour ma famille, dit-elle. La dépression est un effet secondaire fréquent dans les cas de sclérose en plaques et j'ai été confrontée à ce problème depuis que j'ai reçu mon diagnostic. Heureusement, grâce à l'aide de mon Équipe santé, j'ai pu recevoir des soins réguliers qui me permettent de mieux prendre soin de moi et de ma famille. »

En 2011, Judy a quitté Calgary pour s'installer à Stratford, en laissant derrière elle un médecin qu'elle et sa famille consultaient depuis plus de dix ans. Elle a passé des mois à chercher dans Internet, à téléphoner à des cliniques médicales et à demander à des amis si leur médecin ne prendrait pas une patiente de plus.

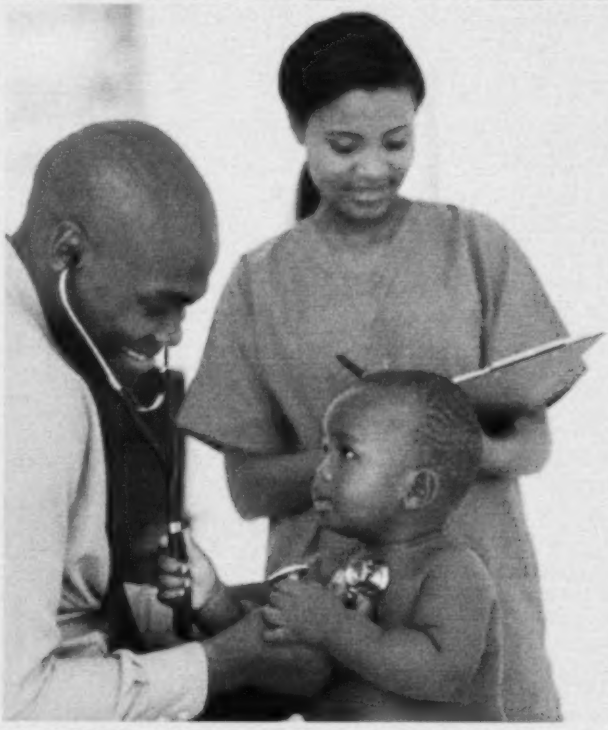
Judy s'est inscrite au nouveau programme Accès Soins, mais le programme n'avait dans son secteur aucun fournisseur de soins disponibles ou souhaitant prendre une nouvelle patiente. Enfin, deux ans après être arrivée dans la région de Stratford, Judy a vu dans le journal un avis annonçant l'ouverture prochaine d'une clinique dans sa région et a pu s'y inscrire comme patiente.

« Je voulais simplement m'installer à Waterloo pour me rapprocher de ma sœur afin qu'elle puisse m'aider avec mes filles, raconte-t-elle. Mais j'avais très peur que nous nous retrouvions sans soins médicaux et je ne pouvais tout simplement pas prendre un tel risque. »

Sa sœur, qui s'est installée dans la région de Waterloo Wellington quelques mois plus tôt, l'a invitée à essayer à nouveau le programme Accès Soins, parce que plus de médecins et plus d'infirmières praticiennes s'y étaient inscrits et que les coordonnateurs du programme avaient été en mesure de lui trouver un médecin sur-le-champ.

Judy a décidé de donner une autre chance au programme. Les responsables lui ont expliqué qu'elle devait quitter son médecin à Stratford, lui ont fourni de l'information sur la façon de communiquer avec son médecin, en mentionnant qu'elle pouvait continuer de la voir et de voir ses filles au besoin jusqu'à ce qu'elle soit reliée à un nouveau fournisseur local. Puisque Judy a des besoins de santé complexes et multiples, elle et sa famille ont été placées sur une liste prioritaire du programme Accès Soins.

Dans la semaine qui a suivi son inscription, le coordonnateur de soins de Judy l'a appelée et lui a fourni le nom et les coordonnées d'un fournisseur en santé familiale qui était en mesure de prendre Judy et de sa famille comme patients. « Ce qui m'a le plus surpris est la rapidité avec laquelle ils nous ont trouvé un nouveau médecin, et à quel point mon médecin d'alors nous a soutenus au cours de cette transition. Dès que tout a été réglé, j'ai pu voir mon nouveau médecin et j'ai reçu des soins merveilleux depuis. »



AVANT

De nombreux résidents avaient de la difficulté à trouver un fournisseur de soins primaires.

MAINTENANT

92 % des résidents qui se sont inscrits pour obtenir un fournisseur de soins primaires ont pu être jumelés, comparativement à 64 % en 2012.

STATISTIQUES IMPORTANTES ET AUTRES POINTS SAILLANTS

L'ARRIVÉE DES MAILLONS SANTÉ

L'une des plus grandes réalisations de cette année est sans contredit le lancement des Maillons Santé. À l'heure actuelle, 5 % des utilisateurs du système de santé en Ontario accaparent environ 66 % de tout le budget de la santé. Ces personnes ont des besoins multiples et ont souvent besoin de plusieurs fournisseurs différents, dans le secteur des services sociaux et ailleurs. Ces soins ont toujours été offerts de manière cloisonnée, avec le dédoublement des efforts que l'on imagine et des résultats souvent moins qu'optimaux.

Maillon santé de Waterloo Wellington assure un leadership et donne de l'énergie au système de santé en entourant littéralement la personne ayant des besoins complexes en matière de soins. Cette façon de faire réduit les dédoublements, améliore l'efficacité, empêche d'autres problèmes de santé et problèmes sociaux de faire surface et, surtout, permet aux citoyens de profiter de meilleurs soins.

Les tables de Maillon santé regroupent des dirigeants de plusieurs secteurs dont les soins primaires, les services de soutien communautaire, le milieu hospitalier, la toxicomanie et la santé mentale, les services d'urgence, les services sociaux et les services de police.

Quatre Maillons santé sont maintenant en place : Guelph, Wellington rural, Kitchener, Waterloo Wellesley et Wilmot & Woolwich (KW4) et finalement, Cambridge et North Dumfries. Le Maillon santé de Guelph (premier à avoir été annoncé dans notre RLISS) a dépassé son objectif de 500 plans de soin pour l'année; 655 personnes à Guelph ont ainsi pu profiter de meilleurs soins. Au cours de leurs premiers moins d'existence, les autres Maillons santé ont aussi permis de créer de nombreux pas de soins coordonnés.

PLUS DE CITOYENS

sont en mesure de voir leur fournisseur de soins primaires le même jour ou le lendemain.

10 000

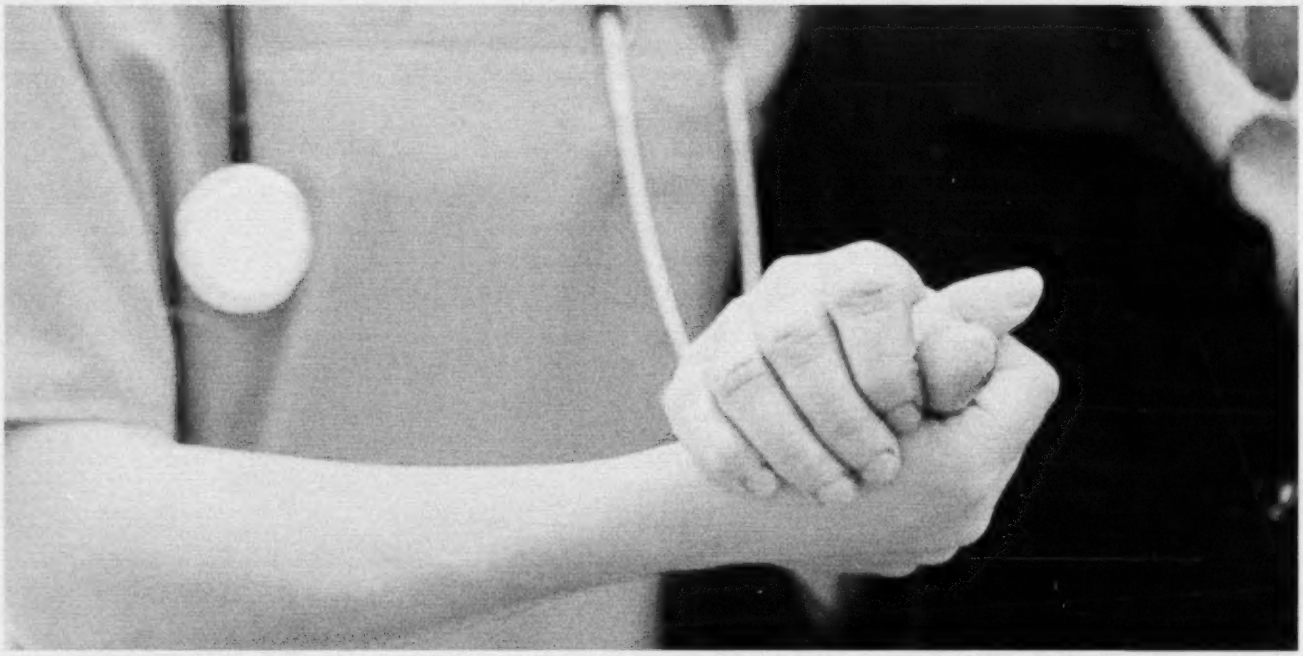
diabétiques de plus ont accès à de l'éducation et à des services de soutien.

PRÈS DE 80 %

de tous les médecins de famille, représentant 550 000 citoyens peuvent maintenant utiliser le dossier de santé électronique.

5 000

rendez-vous de plus avec la télémédecine (voir un spécialiste par vidéoconférence afin de réduire la nécessité de se déplacer).



AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES – RAPPORT DE RENDEMENT

La dernière année a été marquée par des progrès considérables de l'accès aux soins primaires pour les résidents de la région. Le RLISS de Waterloo Wellington non seulement atteint, mais a surpassé ses cibles locales en matière de soins primaires.

Plus de 800 plans de soins intégrés ont été créés, par l'intermédiaire des Maillons santé, pour des citoyens ayant des besoins complexes. Et plus de 90 % des personnes qui se sont inscrites pour obtenir un fournisseur de soins primaires grâce à Accès Soins ont été jumelées à un professionnel.

Moins de personnes sont traitées aux urgences pour des problèmes de santé qui seraient mieux pris en charge ailleurs, ce qui aide à réduire les temps d'attente aux urgences et permet d'offrir des soins plus appropriés et de meilleure qualité à ceux qui en ont besoin.

De même, plus de fournisseurs (52 % de plus que l'an dernier seulement) utilisent l'outil Clinical Connect, un portail Web sécurisé qui permet de consulter les renseignements de santé des patients en ligne. Cet outil favorise le partage de renseignements cliniques entre les divers fournisseurs, améliore l'expérience de soins des citoyens et leurs résultats de santé.

Au cours de la prochaine année, les travaux se poursuivront dans ces secteurs afin qu'encore plus de citoyens puissent avoir accès en temps opportun à des soins primaires de qualité.

INDICATEUR DE RENDEMENT	Point de départ du système*	Cible pour le système local	Plus récente mesure de rendement du système local	Rang du RLISS
Plans de soins pour les citoyens à besoins élevés[1]	-	504	655	N/D
Proportion de personnes dirigées vers un fournisseur de soins[2]	13%	75.0%	92%	3
Visites aux urgences qui auraient pu être mieux prises en charge ailleurs[1]	11,3%	10,3%	9%	5
Nouveaux utilisateurs de Clinical Connect[1]	-	1 200	1 317	N/D

Légende

Note 1 : Valeurs calculées à ce jour, depuis le début de l'année financière, en avril.

Note 2 : Valeurs cumulatives depuis le début du programme.

*Point de départ : rendement avant la création du RLISS ou par rapport aux premières données recueillies après sa création

INITIATIVES PARTICULIÈRES ET RÉSULTATS POUR 2013-2014

OBJECTIF	RÉALISATION
Grâce aux Maillons santé dans Waterloo Wellington : • Identifier les utilisateurs élevés (5 % supérieurs) et s'assurer qu'ils disposent de plans de soins. • Créer des liens entre la santé, les services sociaux, la justice et les autres partenaires communautaires.	Quatre Maillons santé ont été formés dans le RLISS et un plus grand nombre de plans de soins individualisés ont été créés que le nombre cible prévu pour les utilisateurs élevés. De nouveaux partenariats ont été conclus grâce aux Maillons santé et aux tables de connectivité (carrefours). Ce modèle implique des partenaires de divers secteurs dont l'éducation, les services de police et les services sociaux; ils se réunissent chaque semaine pour identifier les personnes à risques et concevoir des stratégies immédiates pour répondre à leurs besoins. Waterloo Wellington a été un chef de file dans la croissance et le développement de ce modèle. Les carrefours communautaires de Cambridge et North Dumfries et de Guelph commencent à prendre en charge les besoins des personnes à risques et un nouveau carrefour – Connectivité Kitchener – a été lancé en mai 2014.
Relier plus de gens avec un fournisseur de soins primaires, principalement les aînés et les personnes avec des besoins complexes : • en évaluant la capacité en soins primaires dans la région de Waterloo Wellington et en comblant les lacunes à cet égard; • en améliorant les programmes tels qu'Accès Soins afin que les citoyens qui souhaitent avoir un fournisseur de soins primaires puissent en obtenir un.	14 000 résidents de plus ont maintenant un fournisseur de soins primaires, dont 7 000 au cours de la dernière année seulement. Grâce au travail de terrain du coordonnateur de soins auprès des fournisseurs, l'adoption du programme par les médecins et les infirmières praticiennes a augmenté. Cet engagement avec les partenaires communautaires et les investissements dans l'expansion des soins primaires expansion par le RLISS de WW, le programme Accès Soins a amélioré son taux de jumelage de 73,9 % à 91,3 %.
Partager les pratiques de pointe afin d'améliorer la disponibilité des rendez-vous le même jour, en dehors des heures de bureau habituelles, la disponibilité de TéléSanté et des visites à domicile.	Plus de résidents ont accès à un rendez-vous le même jour ou en dehors des heures grâce à l'engagement de toutes les Équipes de santé familiale, des Centres de santé communautaires et des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes à offrir des soins au moment approprié pour leurs patients. Au cours de la dernière année, 5 000 rendez-vous de plus que l'an dernier ont eu lieu en Télémédecine. Depuis le lancement de l'admission centralisée, 10 000 diabétiques de plus ont accès à des services de soutien et d'éducation.
Élargir le processus centralisé d'admission à des services pour le diabète au reste du territoire du RLISS de WW.	Le RLISS de WW a été le premier de la province à mettre en place l'admission centralisée aux soins pour le diabète. Les renvois en consultation des cas de diabète ont augmenté de plus de 50 % et les temps d'attente pour les programmes de diabète ont été réduits.
Identifier les possibilités d'élargir les succès de la coordination du diabète afin d'aider les personnes aux prises avec d'autres maladies chroniques.	La planification a commencé pour l'expansion de l'admission centrale afin d'améliorer la prévention des maladies chroniques et la gestion dans d'autres domaines. Un poste de médecin-chef pour la prévention et le contrôle des maladies chroniques a aussi été créé en appui à ces travaux.
Créer un centre d'excellence pour la TéléSanté, qui dirigera des initiatives telles que : • L'augmentation de l'adoption et de l'utilisation de Clinical Connect. • L'aide aux cliniciens dans l'utilisation des dossiers de santé électroniques (DSE) afin d'améliorer la qualité, l'accès aux soins et la planification des services. • Veiller à ce que les fournisseurs de soins primaires reçoivent de l'information en temps opportun lorsque leurs patients se rendent à l'hôpital et en sortent, notamment un résumé de leur congé et une liste de leurs médicaments.	Un centre d'excellence pour la TéléSanté a été créé au Centre de l'Équipe de santé familiale à Kitchener. Au cours de la dernière année, l'utilisation accrue de Clinical Connect a surpassé les objectifs avec plus de 1 300 nouveaux utilisateurs dans tout le RLISS. Le RLISS de WW a aussi été le premier dans la province à élargir l'utilisation des dossiers de santé électronique aux unités de santé publique, aux soins de longue durée, aux sages-femmes, et aux cliniques dirigées par des infirmières praticiennes. Le tout a permis un meilleur partage des renseignements cliniques entre les fournisseurs et les a aidés à mieux comprendre les besoins des citoyens, d'améliorer leur expérience de soins, de prendre des décisions éclairées et d'améliorer les résultats de santé.

PRIORITÉ : Créer une expérience de soins en continu, mieux coordonnée

L'objectif : Créer une expérience de soins en continu, mieux coordonnée afin que les patients profitent de meilleurs résultats de santé et puissent obtenir les bons soins, au bon endroit, au bon moment. Et assurer le soutien des patients ayant les besoins les plus complexes.

Qu'entend-on par des soins en continu mieux coordonnés? Des soins en continu ont lieu lorsque le patient passe d'un fournisseur à l'autre sans devoir répéter toute son histoire – en sachant que tous les fournisseurs ont les mêmes données sur les besoins de santé de cette personne. On parle de soins coordonnés lorsque les patients savent où se diriger et qu'il leur est facile de trouver l'aide dont ils ont besoin.

Pourquoi est-ce important? Un jeune homme – appelons-le Tony – lutte contre la toxicomanie. Il a aussi demandé des soins pour un problème de santé mentale. Il a perdu son emploi et est sur le point de tomber dans l'itinérance. Il ne savait plus où aller pour obtenir de l'aide et a frappé à de nombreuses portes. Il n'en pouvait plus de raconter son histoire encore et encore. Il a abandonné. Si Tony avait pu obtenir des soins coordonnés, un appel aurait suffi et il aurait été dirigé vers les soins dont il avait besoin.

Progrès réalisés : Au cours de la dernière année, les fournisseurs ont été mieux reliés entre eux, ce qui a permis aux citoyens d'accéder plus facilement aux soins dont ils avaient besoin. L'un des aspects les plus importants à améliorer était celui de la toxicomanie et de la santé mentale. Trop de personnes se retrouvaient dans une zone grise, ne sachant où aller pour obtenir de l'aide et se butant à des difficultés à cheminer dans un système complexe de fournisseurs dont chacun détenait une pièce du casse-tête.

RENTRER À LA MAISON… ET Y RESTER

Lorsque Jarvis a repris l'entreprise immobilière de son père, en 1955, jamais il n'aurait imaginé un jour devoir vendre sa propre maison pour aller vers les soins de longue durée. Pourtant, lorsque Jarvis et sa conjointe Linda ont commencé à remarquer les problèmes de mémoire qui le frappaient, rester à la maison semblait inimaginable.

Le système de santé est entré en action lorsque Linda a composé le 9-1-1 après que Jarvis eut fait une chute. Jarvis s'est retrouvé dans une ambulance, en route pour l'hôpital Grand River, où l'on a pu établir qu'une interaction médicamenteuse était à l'origine de sa désorientation et de sa chute.

Une fois Jarvis admis à l'hôpital, l'équipe de l'hôpital et le planificateur intégré des congés (un membre du personnel partagé entre l'hôpital Grand River et le Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington) ont commencé à organiser son retour à la maison en toute sécurité. Linda estime que cette équipe de professionnels a travaillé rapidement et efficacement : « Les infirmières et les médecins ont travaillé ensemble pour aider Jarvis et nous ont donné l'espoir qu'il pourrait revenir à la maison en toute sécurité », dit-elle.

« Notre processus de planification intégré des congés est réellement un modèle de collaboration qui vient souligner la nécessité, pour le secteur des soins aigus et celui des soins communautaires, de travailler ensemble, affirme Malcolm Maxwell, directeur général de l'hôpital Grand River. On ne laisse jamais tomber le patient, puisque la planification de son congé est le fruit d'un effort conjoint dès son admission à l'hôpital. »

Une fois l'état de santé de Jarvis stabilisé, le CASC a travaillé avec les fournisseurs afin de coordonner un plan amélioré de services à domicile qui aideront Jarvis dès son arrivée à la maison. Un plan de services global, pouvant inclure jusqu'à 24 heures de services par jour, a été créé afin de s'assurer que Jarvis puisse récupérer et retrouver son autonomie.

DE MEILLEURS SOINS
grâce aux partenariats

Deux semaines à peine après son congé, Jarvis retrouvait son autonomie et son état s'améliorait. Il ne nécessitait plus qu'un niveau normal de soins personnels. Sa guérison était à ce point réussie qu'en peu de temps, on a jugé que sa demande aux soins de longue durée n'était plus nécessaire. Linda salue le travail des préposés aux services de soutien à la personne, qui ont aidé Jarvis à redevenir autonome. « C'est un peu comme si nous avions un membre de la famille ou un ami qui s'arrête à la maison chaque jour pour nous donner un coup de main », explique Linda, en soulignant que les soins de Jarvis et son bien-être sont le fruit d'un vrai partenariat entre les préposés aux soins personnels, le CASC, Linda et Jarvis lui-même.

En quelques semaines, Jarvis était prêt à participer à un programme communautaire de jour. Ajouté aux services continus du CASC, ce programme permet à Jarvis de socialiser et d'être stimulé, et offre aussi à Linda quelques moments de répit.

Jarvis demeure plutôt actif autour de la maison. Il fait de courtes promenades presque chaque jour. « Je n'ai aucune idée de ce qu'il aurait fait sans l'aide de tous ces établissements, conclut Linda. La différence apportée par cette aide est d'une valeur inestimable. »

Jarvis

AVANT

Les résidents devaient rester à l'hôpital en attendant une place en soins de longue durée.

MAINTENANT

Les temps d'attente pour des soins de longue durée après un congé de l'hôpital ont été réduits de 66 %, ce qui permet aux patients de retourner chez eux plus vite.

AS-TU VU LES ENFANTS?

Helen a passé la majeure partie de sa vie à prendre soin des autres. Lorsqu'elle a reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer, en 2009, les rôles ont été inversés et elle s'est retrouvée en soins de longue durée.

Helen devenait habituellement anxieuse au cours de la soirée et on la voyait souvent se promener un peu partout, appuyée sur son déambulateur, disant à tous ceux et celles qu'elle croisait qu'elle cherchait les enfants.

« Avez-vous vu les enfants? Savez-vous où sont les enfants? Savez-vous où sont les enfants? J'ai perdu les enfants. »

Le personnel de l'établissement où elle se trouve a d'abord essayé l'orientation vers la réalité, en répétant à Helen qu'il n'y avait pas d'enfants où elle se trouvait, car elle vivait dans un établissement de soins de longue durée. Quand cela ne suffisait pas à l'apaiser, le personnel disait à Helen que les enfants étaient à la maison avec leur mère ou qu'ils étaient au lit.

« Au fur et à mesure que sa démence progressait, la recherche des enfants devenait une source de détresse psychologique toujours plus grande pour Helen, raconte l'une des préposées. Nous avons tenté de la rassurer et de porter son attention sur autre chose, mais cela semblait la fâcher encore davantage. Cela perturbait aussi les autres résidents. »

C'est à ce moment qu'on a demandé l'aide de l'équipe du nouveau programme Behavioral Supports Ontario (BSO). L'équipe du BSO offre des soins spécialisés pour les aînés en soins de longue durée qui éprouvent des problèmes de santé mentale, de démence et d'autres troubles neurologiques (affectant le cerveau, la colonne cervicale ou le système nerveux).

Puisque Helen recherchait continuellement les enfants, l'équipe du BSO a songé à essayer de lui donner une poupée afin de voir comment elle allait réagir. Sa fille Mary a reçu de l'information sur la thérapie à l'aide de poupées et a accepté de l'essayer.

« On a donné à Helen l'une de nos jolies poupées assez lourdes, qui ressemblent à des bébés d'environ trois mois. Helen aimait beaucoup sa poupée. Elle est rapidement devenue sa compagne en permanence; elle était beaucoup plus détendue et plus heureuse. Elle a même apporté la poupée chez ses filles à Noël et à son retour, l'une de ses filles a montré des photos aux membres du personnel. Tous les cadeaux offerts à Helen étaient liés à sa poupée : vêtements, couvertures, et même un beau manteau tout neuf pour la poupée », raconte sa préposée.

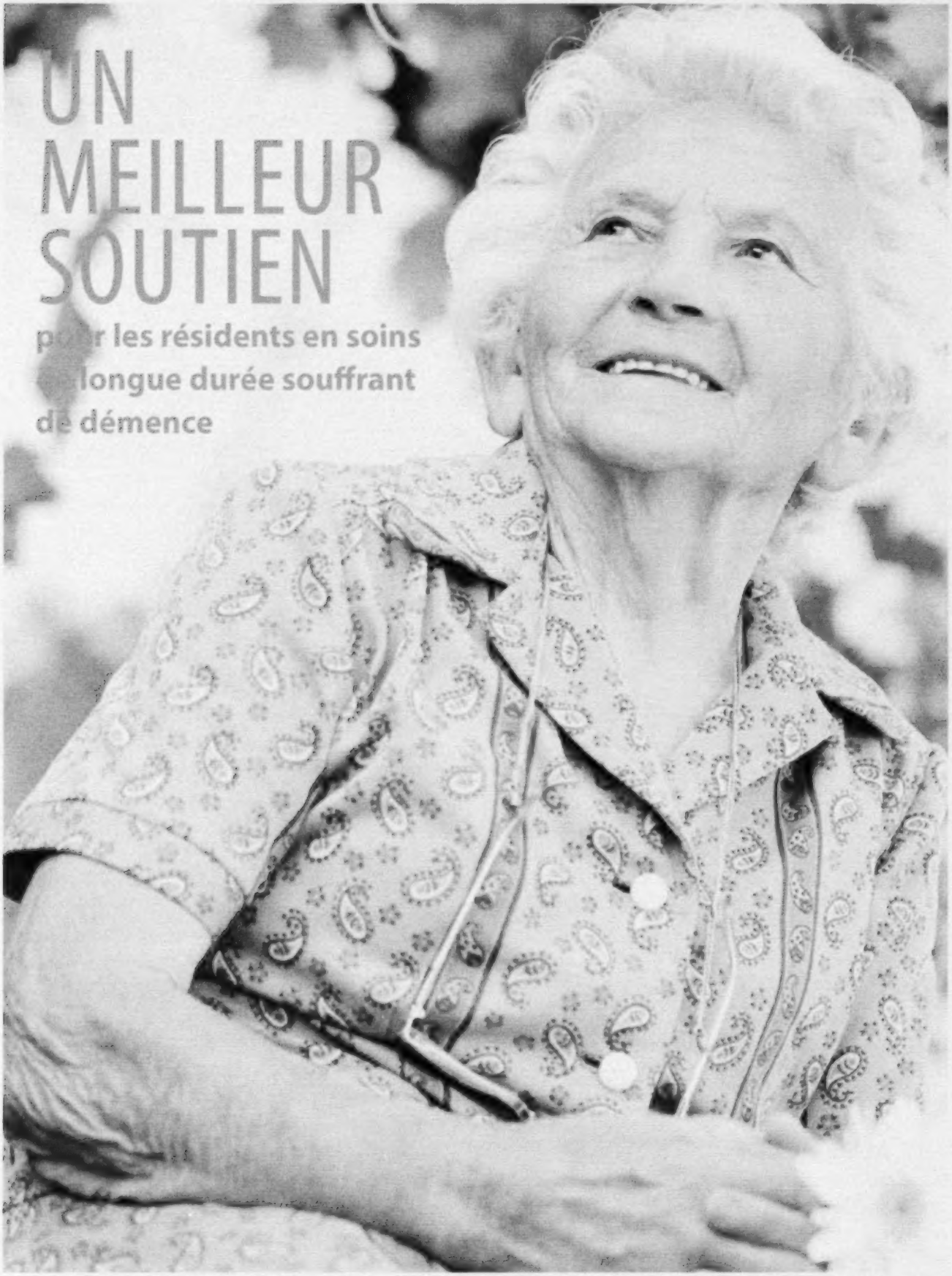
Après le décès d'Helen, le personnel apprit qu'au cours de sa vie, Helen avait accueilli chez elle, en foyer d'accueil, 72 enfants. C'est la raison pour laquelle la poupée l'avait tellement réconfortée au cours des derniers mois de sa vie. Elle a pu ainsi continuer de s'occuper de quelqu'un d'autre, même en recevant elle-même des soins.

AVANT

Les résidents des établissements de soins de longue durée avaient besoin de soins aux urgences en raison de chutes et d'autres problèmes de santé.

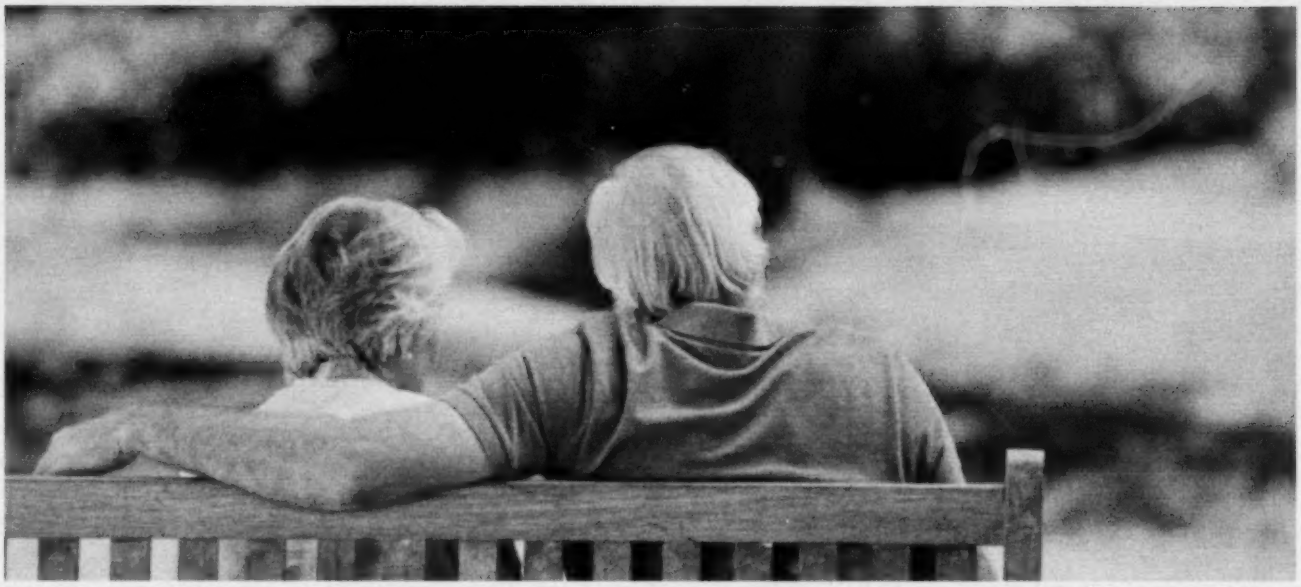
MAINTENANT

Les établissements de soins de longue durée de Waterloo Wellington ont le taux de chutes le moins élevé de la province... et ont par conséquent le taux de visites aux urgences le moins élevé de la province.



UN MEILLEUR SOUTIEN

pour les résidents en soins de longue durée souffrant de démence



RENDRE L'INSOUTENABLE PLUS SUPPORTABLE

Lorsqu'on l'entend parler, jamais on ne se douterait de l'immense épreuve qu'Emmy a traversée. Femme passionnée, bénévole active, elle est aussi une lumière positive au bout du tunnel de bien des personnes qui ont perdu un être cher.

« En mars 2012, mon merveilleux conjoint Eric est arrivé à l'hospice de Wellington, un centre de soins palliatifs. Après trois ans, son combat contre le cancer du côlon tirait à sa fin. On ne pouvait plus rien faire, si ce n'est de nous assurer qu'il soit confortable », relate-t-elle.

La décision d'Eric de vivre ses derniers jours à l'hospice a été facile à prendre pour eux. Eric était président du Club Rotary de Guelph et ses membres avaient travaillé fort pour amasser des fonds pour l'hospice. « Je me souviens lui avoir dit : « Chéri – tu vas enfin pouvoir profiter un peu des fruits de tout ton travail. »

Emmy était rassurée de savoir qu'Eric recevait d'excellents soins. « L'hospice a aidé à rendre une période infiniment triste un peu plus supportable. Non seulement Eric a-t-il plus recevoir des soins empreints de compassion, mais l'hospice nous a aussi offert un soutien considérable au cours des trois semaines où Eric y était et où nous y avons multiplié les aller-retour. Je pouvais rentrer à la maison le soir en sachant qu'Eric était confortablement installé et que si j'avais envie de me retrouver avec lui au beau milieu de la nuit, je pouvais me rendre à l'hospice à 3 heures du matin et y être la bienvenue. »

Emmy parle du personnel de l'hospice comme de personnes positives et inspirantes pour elle et son conjoint. En tant que bénévole, elle fait maintenant partie de celles qui inspirent d'autres personnes comme elles, qui cherchent des aspects positifs dans une période très difficile. « Je ne pourrai jamais rendre suffisamment hommage à l'hospice de Wellington, aux personnes qui ont travaillé si fort au fil des ans pour qu'il continue d'exister et qui continuent de travailler chaque jour à offrir des soins extraordinaires. »

Emmy

AVANT

Plusieurs personnes devaient se diriger vers un établissement de soins de longue durée après une hospitalisation, parce que le soutien dont elles avaient besoin n'était pas disponible dans la communauté.

MAINTENANT

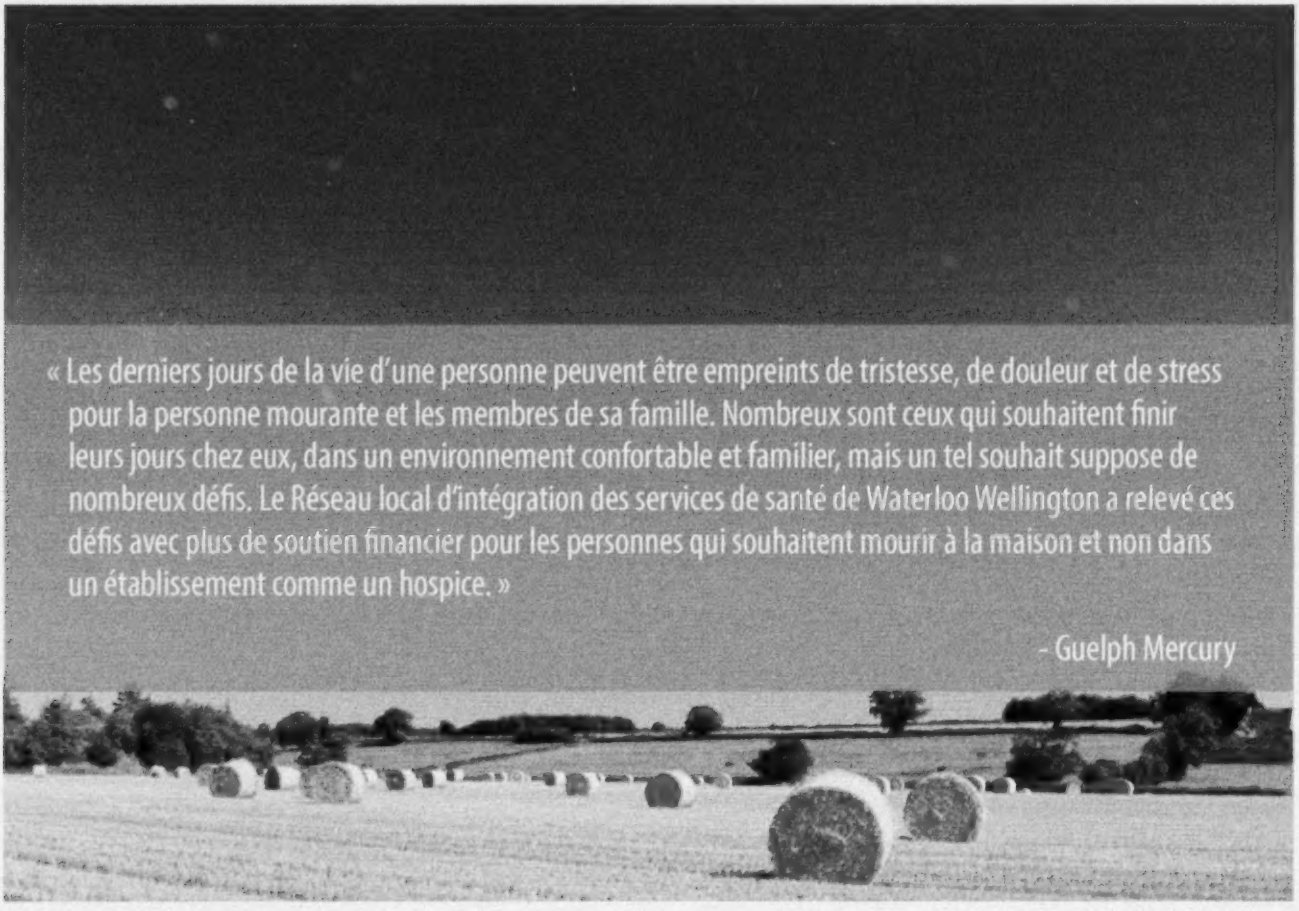
Le nombre de résidents devant aller en soins de longue durée après une hospitalisation a diminué de près de 40 %.

PLUS DE SOINS EN FIN DE VIE POUR AIDER LES FAMILLES

Après avoir écouté les résidents et les fournisseurs sur la nécessité d'un meilleur accès aux soins palliatifs (soins de fin de vie), le RLISS de WW a agi pour améliorer ces soins pour les citoyens de toute la région de Waterloo Wellington et leur famille.

Au cours de la dernière année, une intégration a permis de transférer les programmes de gestion de la douleur et des symptômes du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington (CASC de WW) vers l'hospice de Waterloo. Ce programme offre de l'éducation, du mentorat et des conseils cliniques aux fournisseurs de soins qui ne sont pas spécialistes des soins palliatifs, notamment ceux du secteur des soins de longue durée, dans tout le RLISS de WW. Cette intégration s'est traduite par de meilleurs résultats pour les patients et leurs familles, grâce à une augmentation des consultations des fournisseurs, une meilleure coordination et une approche unique et normalisée.

D'autres activités d'intégration ont eu lieu, notamment le partage des ressources entre l'hospice de la région de Waterloo et l'hospice de Wellington, et la mise sur pied d'un programme de jour commun. Le RLISS de WW a également annoncé un financement supplémentaire de 1 million $ pour les soins palliatifs à domicile et dans des établissements communautaires tels que les hospices.



STATISTIQUES IMPORTANTES ET AUTRES POINTS SAILLANTS

LANCEMENT DU SERVICE *HERE 24/7*

L'une des plus remarquables réalisations de la dernière année a certainement été le lancement de *Here 24/7*, une approche coordonnée en toxicomanie et santé mentale à guichet unique. Les citoyens n'ont désormais qu'un seul numéro à composer lorsqu'ils ont besoin d'aide et ils seront immédiatement redirigés vers le meilleur fournisseur apte à les aider. Ce programme est le premier du genre en Ontario.

AVANT

Les résidents et les fournisseurs de soins de santé devaient communiquer avec plusieurs organismes différents pour avoir accès aux soins dont ils avaient besoin.

MAINTENANT

L'accès aux soins pour le diabète, aux soins en toxicomanie, en santé mentale et les soins communautaires a été simplifié et ne nécessite plus désormais qu'un seul formulaire ou un seul numéro de téléphone pour que le client soit redirigé.

Un accès centralisé aux soins de répit grâce au CASC de Waterloo Wellington et à l'expansion du programme afin qu'il soit en activité

7 JOURS SUR 7

Intégration des

SOCIÉTÉS ALZHEIMER

de Kitchener-Waterloo, Cambridge, et Guelph-Wellington pour former la Société Alzheimer de Waterloo Wellington. Cette fusion a amélioré la coordination des programmes et accru le nombre de résidents desservis par l'organisme.

PLUS DE 60 000

personnes auront accès à de l'information et au nouveau service *Here 24/7* chaque année.

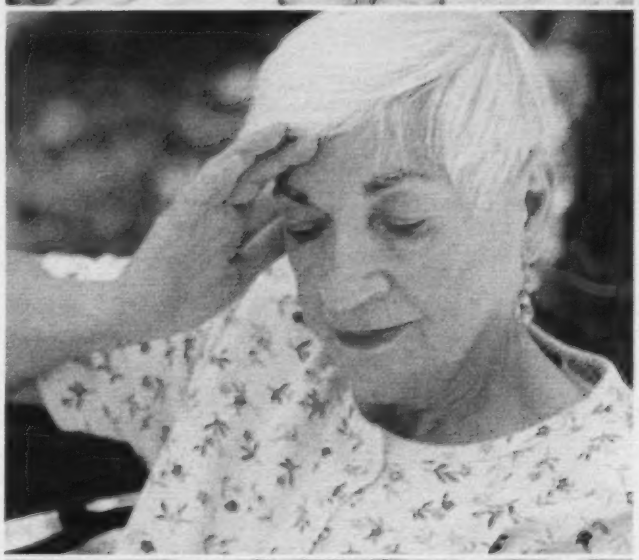
296 LITS

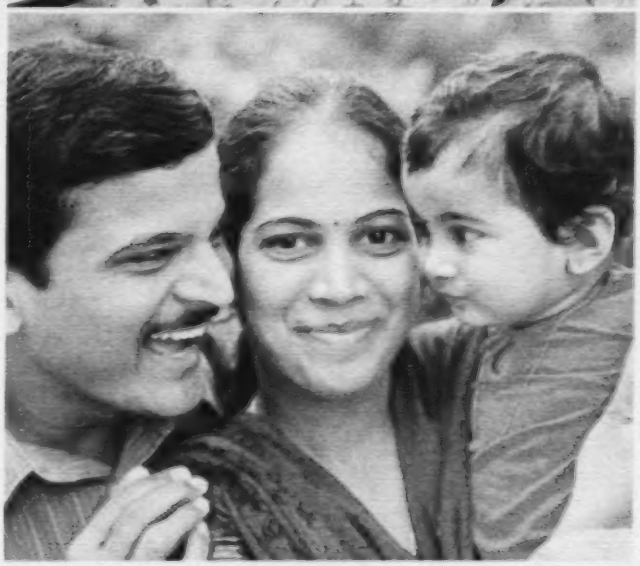
de plus en soins de longue durée dans la région de Waterloo Wellington.

17 326 JOURS EN ANS DE MOINS

depuis avril 2011 grâce à *Home First*; 7,8 millions $ réinvestis en soins hospitaliers.

ANS= patients en attente des bons soins au bon endroit.





CRÉER UNE EXPÉRIENCE DE SOINS EN CONTINU, MIEUX COORDONNÉE – RAPPORT DE RENDEMENT

Les résidents de Waterloo Wellington ont un accès plus facile aux soins parce que nous sommes parvenus à créer une expérience de soins en continu mieux coordonnée.

La proportion de résidents hospitalisés en attente de soins dans un établissement plus approprié (autre niveau de soins) a chuté de 11,5 % – un pourcentage proche de la cible de 9,5 % et une amélioration de près de 50 % depuis qu'un suivi de cet indicateur est effectué. Le taux de réadmission pour certains problèmes de santé – un indicateur prépondérant de la qualité de soins – a chuté de 14,3 %, et rejoint pratiquement la cible de 14 %.

On a assisté au cours de la dernière année à une augmentation du taux de réadmission pour des problèmes de toxicomanie et de santé mentale en raison du grand nombre de problèmes liés à l'aide aux citoyens ayant des besoins complexes dans ce domaine. Le lancement du service *Here 24/7*, ajouté à un financement accru pour la coordination de l'aide et les améliorations apportées aux équipes de traitement communautaire dynamiques (ETCD) ajouteront à la qualité des soins pour ces citoyens au cours de la prochaine année.

Une augmentation du nombre de clients desservis et la complexité des besoins de ces clients ont amené une augmentation des temps d'attente pour les clients du CASC de Waterloo Wellington. À l'automne 2013, le RLISS de WW a investi plus de 12 millions $ en nouveau financement dans le secteur communautaire. Grâce à cette hausse du financement, ajoutée à de meilleurs partenariats avec les services de soutien communautaire, les temps d'attente pour des services du CASC de WW ont été réduits de 77 % au cours de la dernière année.

INDICATEUR DE RENDEMENT	Point de départ du système*	Cible pour le système local	Plus récente mesure de rendement du système local	Rang du RLISS
Nombre de jours en ANS aigus pris en charge dans un autre établissement**	20,1%	9,5%	11,5%	4
Réadmissions à l'hôpital pour certains problèmes de santé	15,6%	14%	14,3%	1
Réadmissions aux urgences pour des problèmes de santé mentale	15,4%	13,2%	15%	N/D[2]
Réadmissions aux urgences pour abus d'alcool ou d'autres drogues	20,4%	18,1%	20%	N/D[2]
Temps d'attente pour les résidents de la communauté – de la demande au CASC à la première évaluation[1]	-	5	4	1
Temps d'attente pour les résidents de la communauté – de la première évaluation du CASC à la première prestation de service[1]	-	13	14	N/D[2]
Temps d'attente pour les patients de l'hôpital – du congé au premier service par le CASC[1]	-	5	5	2

Légende

Note 1 : Les indicateurs pour les séjours aux urgences et les temps d'attente représentent l'expérience vécue par la 9e personne sur les 10 personnes suivies; cela veut donc dire que 8 autres personnes ont attendu moins longtemps que ci-dessus, et qu'une seule a attendu plus longtemps.

Note 2 : Données non encore rapportées.

*Point de départ : rendement avant la création du RLISS ou par rapport aux premières données recueillies après sa création.

**ANS : autre niveau de soins.

INITIATIVES PARTICULIÈRES ET RÉSULTATS POUR 2013-2014

OBJECTIF	RÉALISATION
Intégrer les services de soins palliatifs en hospice à tous les secteurs et tous les fournisseurs.	Les programmes de gestion de la douleur et des symptômes ont été transférés du Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington (WWCCAC) à l'hospice de Waterloo. À la suite de cette intégration, de meilleurs résultats ont été possibles pour les résidents et leurs familles, grâce à une augmentation des services de consultation aux fournisseurs, une meilleure coordination et une approche unique normalisée. Des activités d'intégration supplémentaires ont aussi été réalisées, notamment un partage des ressources entre l'hospice de la région de Waterloo et celui de Wellington et la mise sur pied d'un programme de jour commun.
Finaliser le déploiement du plan d'intégration pour la lésion cérébrale acquise (LCA).	À Traverse Independence, tous les clients qui s'y sont rendus une fois ont été servis et toutes les cibles ont été atteintes ou surpassées. Le programme de logement de transition de l'organisme a permis à 20 clients de faire la transition vers un logement cette année – à la suite de séjours d'une durée moyenne d'un an –, ce qui a permis de réduire le nombre de jours à l'hôpital en ANS et d'aider plus de personnes à avoir accès aux soins hospitaliers dont elles avaient besoin. L'infirmière praticienne spécialisée en services pour la LCA est demeurée en poste une année complète et une formation spécifique à la LCA a été offerte à 500 professionnels de la région de Waterloo Wellington.
Mettre en place un programme régional intégré pour les programmes de jour destinés aux adultes, comprenant un modèle de service normalisé inspiré des pratiques exemplaires.	En novembre 2013, le RLISS de Waterloo Wellington a offert un financement ponctuel à l'organisme commanditaire des services de jour pour adultes, à la région de Waterloo (services aux aînés de Sunnyside) afin d'aider à la création et à la mise en œuvre d'un modèle de programme intégré de service de jour aux adultes dans tout le RLISS de WW. Les citoyens de Waterloo Wellington auront donc accès aux mêmes normes de services et aux mêmes services de base.
Mettre en place l'intégration des services en toxicomanie et santé mentale en tenant compte des recommandations issues de l'examen réalisé par la coordination de l'aide, par les équipes de traitement communautaire dynamiques et par les services en toxicomanie.	Les fournisseurs locaux de coordination de l'aide ont créé un modèle de « grappes » de soins. Chaque « grappe » est formée d'une équipe interdisciplinaire dont les membres travaillent ensemble à offrir le degré d'évaluation et la gestion de cas la plus appropriée pour les résidents. En octobre 2013, le conseil d'administration du RLISS de WW a approuvé un nouveau financement pour une équipe de coordination du soutien en toxicomanie sous la supervision de l'organisme Stonehenge Therapeutic Community. En décembre 2013, le Dr Ian Musgrave, expert reconnu en modèle d'ETCD, a été embauché pour finaliser l'évaluation des équipes de traitement communautaire dynamiques. Les équipes travaillent maintenant à mettre en œuvre les recommandations du rapport et sur un plan visant à « redescendre » les patients vers un niveau plus approprié de services une fois que leur état s'est amélioré.
Mettre en place un accès coordonné pour les services de toxicomanie et de santé mentale.	Le service d'accès coordonné aux services en toxicomanie et santé mentale *Here 24/7* a été lancé en avril – c'est le premier du genre en Ontario.
Continuer de viser l'intégration des services et du soutien administratif afin d'améliorer l'expérience du client, les résultats de santé et l'optimisation des ressources dans tous les secteurs.	Les quatre Centres de santé communautaires du territoire ont conclu une entente de services commune afin de profiter de leurs ressources pour améliorer et assurer une meilleure gestion de leur infrastructure de technologie de l'information. Cette entente leur a permis d'avoir recours à un degré plus élevé d'expertise technique, d'accroître les services de leur bureau d'aide et de consolider leurs systèmes de logiciel et de matériel informatique. L'intégration des quatre chapitres de la Société Alzheimer a aussi permis l'intégration de tous les services de soutien administratif et de technologies, ce qui permet de mieux aider les citoyens.
Veiller à ce que les citoyens obtiennent les bons soins dans la communauté, en fonction de la complexité de leurs besoins, en précisant et en adaptant les fonctions du CASC de WW et des services de soutien communautaire.	À l'automne 2013, le RLISS de WW a alloué plus de 12 millions $ en nouveau financement progressif pour soutenir les investissements dans le secteur communautaire. Ces investissements ont permis de réduire les temps d'attente pour des soins à domicile et les cibles ont été atteintes. Un nouvel outil de triage a aussi été mis en place afin que les résidents ayant des besoins moins complexes soient pris en charge par des services de soutien communautaire.
Améliorer l'accès aux lits de transition avec court séjour et aux lits de répit.	Les soins de convalescence ou de « récupération » du foyer Sunnyside de Kitchener sont passés de 10 à 25 lits. L'accès aux soins de répit a été centralisé au CASC de Waterloo Wellington et le programme a été élargi afin d'être en activité tous les jours de la semaine.
Créer des possibilités d'améliorer encore davantage les environnements de soins de longue durée du RLISS de WW, notamment grâce à des soins comportementaux spécialisés.	Du soutien comportemental spécialisé est offert dans les 5 établissements de soins de longue durée et dans la communauté grâce à l'équipe de soins comportementaux présente dans la communauté. Au cours de la dernière année, ce programme a été intégré à l'admission clinique, à une équipe communautaire collaborative, aux Maillons santé et à l'utilisation de la télémédecine.
Identifier les dédoublements et accélérer les services pour le cheminement à travers le système afin de libérer des places dans le système et mieux aider les aînés les plus fragiles.	La mise en œuvre d'un système de soins intégré pour les aînés fragiles de Waterloo Wellington a favorisé une plus grande intégration, une navigation plus facile et une coordination plus efficace des services pour les aînés fragiles, ce qui est plus conforme au choix du client. De l'aide pour la gestion de la liste d'attente pour une infirmière praticienne a permis de réduire de 50 % les temps d'attente, et les urgences sont prises en charge par un gériatre dans les 24 à 72 heures .

PRIORITÉ : Diriger un système de santé de qualité à l'aide de pratiques fondées sur des données probantes

L'objectif : Identifier et utiliser des pratiques fondées sur des données probantes pour repenser notre système de santé et assurer des soins de qualité et de meilleurs résultats de santé.

Qu'entend-on par soins de qualité? Il s'agit de soins qui sont à la fois sûrs, efficaces, sensibles aux besoins du patient, intégrés, qui disposent des ressources adéquates et qui se concentrent autant sur la prévention que sur la guérison de la maladie.

Une des façons d'améliorer la qualité des soins est de relier les programmes et les services grâce à ce que nous désignons officiellement sous le terme « d'intégration ». L'intégration consiste à s'assurer que la même norme est appliquée en matière de soins dans tous les établissements et contribue à améliorer l'expérience du patient.

Pourquoi est-ce important? Deux femmes ayant subi un AVC – nous les appellerons Betty et Anne, ont reçu des soins. Betty a reçu des soins spécialisés dans une unité dédiée à l'AVC. Ann a reçu des soins plus généraux. Betty a récupéré plus vite et est retournée chez elle avec des soins à domicile adaptés. Anne a passé plus de temps à l'hôpital et a mis plus de temps à retrouver sa mobilité. Si on avait amélioré la qualité des soins par l'intégration et la mise en place de pratiques fondées sur des données probantes, Betty et Anne auraient reçu les mêmes soins et les deux auraient eu plus de chances de récupérer pleinement et plus rapidement.

Progrès réalisés : Au cours de la dernière année, les citoyens de la région ont pu bénéficier des efforts de collaboration visant l'intégration des programmes de soins et l'amélioration de leur qualité.

FACILITER LES COMBATS AU QUOTIDIEN

Vivre avec le diabète peut constituer un combat quotidien pour de nombreuses personnes. Lorsque vous ajoutez la démence à une telle maladie, la situation est encore plus difficile.

Lorsque Paul, un homme de 65 ans d'Aberfoyle, a reçu un diagnostic de démence légère, il y a cinq ans, il avait de la difficulté à se rappeler qu'il lui fallait faire des tests sanguins et allait jusqu'à oublier de prendre son insuline.

Au cours de l'automne 2013, l'état de démence de Paul se mit à progresser très rapidement et sa conjointe Sue trouvait bien difficile de veiller à ce qu'il mange les bons aliments, qu'il prenne ses médicaments et qu'il suive toutes les directives de son équipe de soins.

« Aux environs de Noël l'an dernier, je suis rentrée à la maison après avoir magasiné et j'ai retrouvé Paul sur le plancher de la cuisine, raconte Sue. Il ne savait plus où il était, avait de la difficulté à respirer et il ne cessait de répéter que son estomac lui faisait mal. »

Sue a composé le 9-1-1 et Paul a été conduit d'urgence à l'hôpital, où on a diagnostiqué une acidocétose diabétique – un problème grave provoqué par un manque d'insuline. Au cours du séjour de Paul à l'hôpital, Sue a expliqué au personnel qu'elle n'arrivait pas à assurer seule tous les soins de Paul et qu'elle souhaiterait qu'il soit dirigé vers un établissement de soins de longue durée. L'équipe de l'hôpital lui a parlé de l'approche globale par laquelle le patient est littéralement entouré par les soins – celle du Maillon Santé, qui aiderait Paul à obtenir des soins de divers fournisseurs dans le cadre d'un plan coordonné.

« Tout à coup, nous disposions de tous ces services pour nous aider, relate Sue. Paul a commencé à recevoir de l'aide supplémentaire pour son diabète, il s'est rendu dans une clinique de la mémoire et a aussi commencé à participer à un programme de jour pour les adultes. »

La mise sur pied d'un processus coordonné de renvoi en consultation pour les soins du diabète permet, dans des cas urgents comme celui du Paul, d'avoir accès à des programmes pour le diabète en deux jours seulement. Membre de l'équipe du Maillon Santé, le Centre d'accès aux soins communautaires de Waterloo Wellington (CCAC) a établi que Paul aurait besoin de

DE MEILLEURS SOINS GRÂCE à l'intégration

plus de soins à domicile; il reçoit maintenant des visites d'équipes régionales de soins à domicile et profite des services d'un préposé aux services de soutien à la personne.

« J'ignorais complètement que toutes ces personnes étaient disponibles pour nous aider. Je n'ai pas eu à appeler un peu partout. Et le plus beau, c'est que tous ces gens ont fini par nous connaître et nous ont aidés à mettre sur pied un plan qui m'aiderait à garder Paul à la maison. Je ne me sens plus seule comme avant et je sais maintenant qui appeler si je sens à nouveau que je suis dépassée par les événements », conclut Sue.

Paul a non seulement pu profiter de soins coordonnés, mais grâce à des pratiques fondées sur des données probantes et à plus de soutien dans la communauté, il n'a pas eu à être réadmis à l'hôpital. Il profite donc d'une meilleure santé et les autres citoyens profitent d'un meilleur accès aux soins lorsqu'ils ont besoin de services en centre hospitalier.

AVANT

Il n'existait pas d'outil de mesures normalisées pour la satisfaction des patients.

MAINTENANT

Plus de fournisseurs de services de santé utilisent les outils de mesure normalisés – l'hôpital général St. Mary's se classe parmi les 10 % des établissements en Ontario où la satisfaction des patients est la plus élevée.

MOINS DE TEMPS D'ATTENTE AUX URGENCES À WATERLOO WELLINGTON

Attendre pour des soins est à la fois frustrant et difficile. Heureusement, au cours des cinq dernières années, des progrès considérables ont été accomplis en vue de réduire cette attente.

« Lors de la création des RLISS, cette région devait composer avec des temps d'attente parmi les plus longs pour des examens diagnostics non urgents en IRM ou en tomodensitométrie, mais aussi pour les chirurgies cardiaques ou de la cataracte, et pour des remplacements de la hanche. Ces temps d'attente ont été réduits de presque 80 % », explique Bruce Lauckner, directeur général du RLISS de WW.

Les temps d'attente aux urgences étaient aussi préoccupants. Au cours de la dernière année, la région de Waterloo Wellington a affiché les temps d'attente aux urgences les plus courts en Ontario pour les patients ayant des besoins complexes nécessitant une admission à l'hôpital. De même, les temps d'attente pour tous les patients qui se sont rendus aux urgences ont été les plus faibles jamais enregistrés à Waterloo Wellington, depuis que les temps d'attente aux urgences ont commencé à faire l'objet d'un suivi, en 2008.

Les temps d'attente aux urgences sont mesurés par ce que l'on appelle une « durée de séjour ». Il s'agit de la somme totale de temps passée par un patient aux urgences à partir du triage jusqu'à son retour à la maison ou à son transfert pour d'autres soins qui lui seront offerts ailleurs. La durée de séjour ne comprend pas les examens, les tests sanguins, les tests diagnostiques, le diagnostic lui-même, le traitement et autres.

Les patients qui doivent être admis à l'hôpital passent maintenant 17,3 heures aux urgences, comparativement à 29 heures il y a cinq ans. Les patients ayant des besoins complexes, mais qui n'ont pas besoin d'être admis à l'hôpital, sont vus et traités en 6,6 heures (ce qui est sous la cible provinciale, une heure de moins qu'auparavant). Quant aux patients dont les besoins sont non complexes et qui n'ont pas besoin d'être admis à l'hôpital, leur durée de séjour a été réduite de 22 % et est maintenant de 4,3 heures. Malgré le fait que les urgences voient plus de patients globalement, et qu'un plus grand nombre a des besoins complexes, les temps d'attente s'améliorent dans l'ensemble.

Le RLISS de WW a investi considérablement dans le soutien communautaire pour aider à garder les personnes en santé, chez elle, et a travaillé avec les partenaires communautaires à améliorer l'accès aux soins primaires afin de prévenir les visites évitables aux urgences. Le RLISS a aussi travaillé avec les hôpitaux locaux afin de les aider à trouver des moyens novateurs d'offrir des soins à plus de gens, plus efficacement.

« Travailler avec le RLISS de Waterloo Wellington, avec les partenaires de tout le système de santé, et avec le personnel de première ligne des urgences, nous a permis de traiter plus de gens, de prendre en charge des besoins de santé plus complexes, et ce, en moins de temps », affirme le Dr Ian Digby, chef du service des urgences à l'hôpital général de Guelph et directeur du service des urgences du RLISS de WW. « Pouvoir transférer un aîné ayant des besoins complexes plus rapidement dans un lit d'hôpital se traduit par de meilleurs soins pour cette personne et par moins d'attente pour une femme ayant des douleurs à l'estomac ou un enfant souffrant de symptômes qui s'apparentent à la grippe. »

DES TEMPS D'ATTENTE PLUS COURTS (amélioration*)

Séjour aux urgences pour les patients admis **40,3 % de moins**	↓ **11,7 h**
IRM non urgentes **68,8 % de moins**	↓ **154** jours
Tomodensitométries non urgentes **78,8 % de moins**	↓ **104** jours
Remplacements de la hanche **62,7 % de moins**	↓ **262** jours
Pontages coronariens **78,8 % de moins**	↓ **115** jours

**Ces mesures reflètent les améliorations depuis le pont de départ du système soit depuis que des mesures sont relevées.*

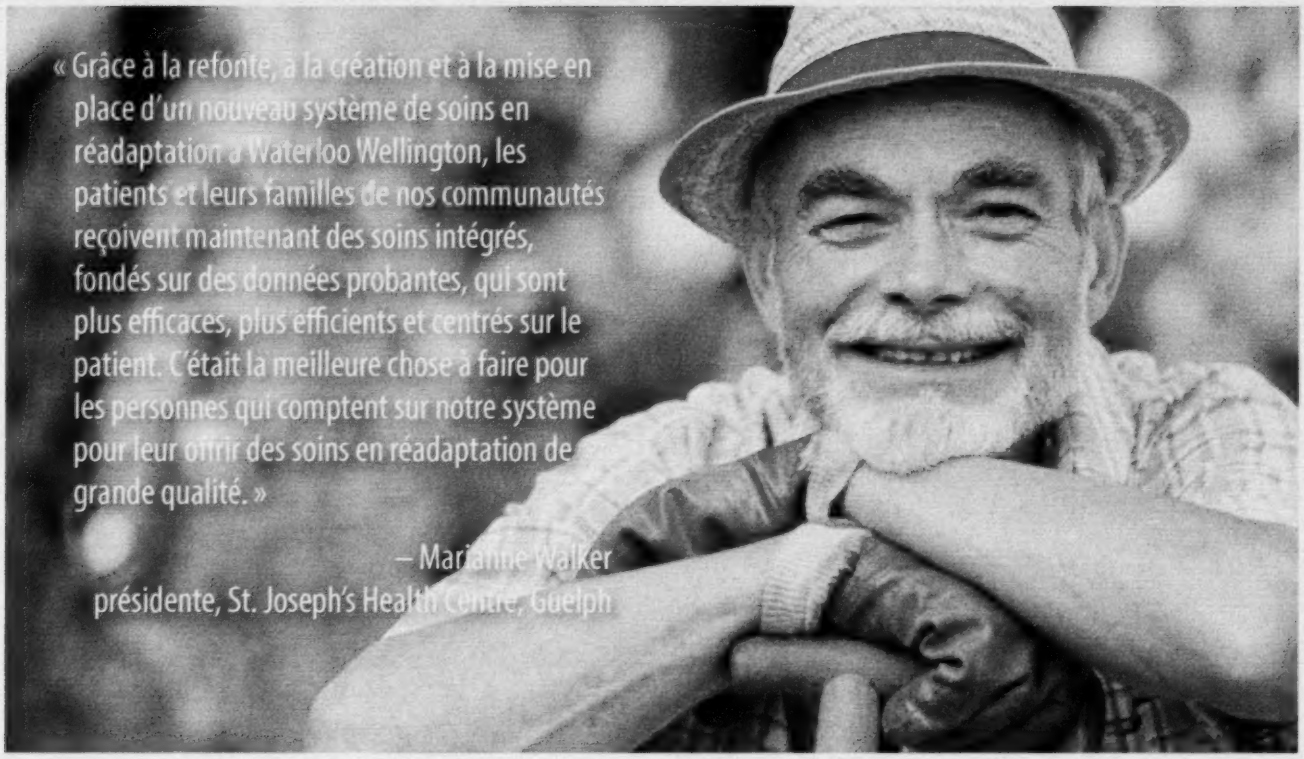
STATISTIQUES IMPORTANTES ET AUTRES POINTS SAILLANTS

SOINS DE L'AVC ET SOINS EN RÉADAPTATION INTÉGRÉS

Grâce à la mise en place d'un programme régional intégré des soins de l'AVC, 20 patients de plus survivront à un AVC chaque année. Moins de citoyens auront à composer avec des incapacités graves à la suite d'un tel incident et jusqu'à 100 patients pourraient rentrer à la maison après un AVC au lieu d'être dirigés vers les soins de longue durée. Cette amélioration a été possible en regroupant les soins de l'AVC dans deux centres d'excellence ou les citoyens pourront profiter d'une expertise et de soins spécialisés.

Un nouveau programme intégré de soins en réadaptation a aussi été mis sur pied. En 2011, un examen exhaustif des soins en réadaptation à Waterloo Wellington a permis de constater un grand nombre de problème d'accès et de qualité des soins, notamment la nécessité de pouvoir compter sur des pratiques exemplaires normalisées dans tout le RLISS et d'une intégration entre fournisseurs afin de mieux aider les personnes qui sont en transition entre deux types d'établissements. Les citoyens ont désormais accès à quatre canaux de soins en réadaptation qui aident les patients de l'hôpital à la maison et dans la communauté.

Le travail de planification en vue de la création de programmes intégrés en soins intensifs, chirurgie, pharmacie et soins cardiaques a également commencé.



Jusqu'à

100 CITOYENS DE PLUS

retourneront à la maison après un AVC au lieu d'aller en soins de longue durée.

En 2007, le RLISS de WW avait un RNMH de 127,5 – localement,

CE RATIO EST MAINTENANT DE 75,8 (moins que la moyenne nationale)

Le ratio normalisé de mortalité hospitalière est une mesure de la qualité des soins. Ce ratio compare le taux de mortalité des hôpitaux avec la moyenne nationale afin de démontrer comment les hôpitaux s'en tirent.

464 016 HEURES DE MOINS

en attente pour des soins aux urgences.

Une politique de

VIE OU DE MORT

est entrée en vigueur à Waterloo Wellington. Elle comprend une politique de « non-refus » qui veut que tous les hôpitaux doivent travailler ensemble à offrir des soins aux patients qui risquent de perdre un membre ou de mourir.

DIRIGER UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ À L'AIDE DE PRATIQUES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES – RAPPORT DE RENDEMENT

Améliorer la qualité est une priorité de premier plan pour le RLISS de Waterloo Wellington et une importante mesure de réussite dans tous les aspects du système où des améliorations ont eu lieu. Les mesures de qualité actuelles sont notamment la satisfaction du patient, les temps d'attente, les taux de réadmission à l'hôpital et l'incidence de la mortalité.

Les temps d'attente à Waterloo Wellington ont été réduits de 80 % par rapport à ceux qui ont été mesurés la première fois. Waterloo Wellington peut compter sur les temps d'attente les plus bas de la province pour une chirurgie cardiaque et la région est demeurée le chef de file provincial du transfert rapide des patients vers des lits d'hôpital à partir des urgences. Bien que les temps d'attentes en IRM n'atteignent pas la cible de 28 jours, ils sont 75 % plus bas que la première fois où ils ont été mesurés. Waterloo Wellington possède aussi un ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) plus bas que les moyennes provinciale et nationale.

Le taux de réadmission à l'hôpital pour les patients ayant subi un AVC continue d'être un point important sur lequel travailler. Bien que ce taux a augmenté au cours de la dernière année, le lancement d'un nouveau programme intégré de soins de l'AVC fondé sur des pratiques appuyées sur des données probantes permettra d'améliorer la qualité des soins pour l'AVC que reçoivent les citoyens de Waterloo Wellington.

Avec une nouvelle mesure provinciale normalisée de la satisfaction des patients, le RLISS de Waterloo Wellington aura aussi en mains des données pour mesurer son rendement dans l'amélioration de l'expérience du patient dans les hôpitaux et dans le système de santé.

INDICATEUR DE RENDEMENT	Point de départ du système*	Cible pour le système local	Most Recent Local System Performance	Rang du RLISS
Séjour aux urgences pour les patients admis[1]	29,0	8,00	17,3	1
Séjour aux urgences pour des problèmes complexes[1]	7,7	7,00	6,6	6
Séjour aux urgences pour des problèmes non complexes [1]	5,5	4,00	4,3	10
Temps d'attente pour une IRM (non urgente)[1]	224,0	28	70	10
Temps d'attente pour un tomodensitogramme (non urgent)[1]	132,0	28	28	6
Temps d'attente pour un remplacement de la hanche (non urgent)[1]	418,0	166	156	5
Temps d'attente pour un remplacement du genou (non urgent)[1]	447,0	166	256	10
Temps d'attente pour une chirurgie du cancer (non urgente)[1]	68,0	49	49	7
Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte (non urgente)[1]	274,0	166	143	6
Temps d'attente pour un pontage cardiaque (non urgent)[1]	146,0	42	18	1
Ratio normalisé de mortalité hospitalière	127,5	100,0	75,8	N/D
Réadmissions à l'hôpital pour les patients ayant subi un AC (par 100 patients)	6,6 %	6,0 %	8,0 %	3

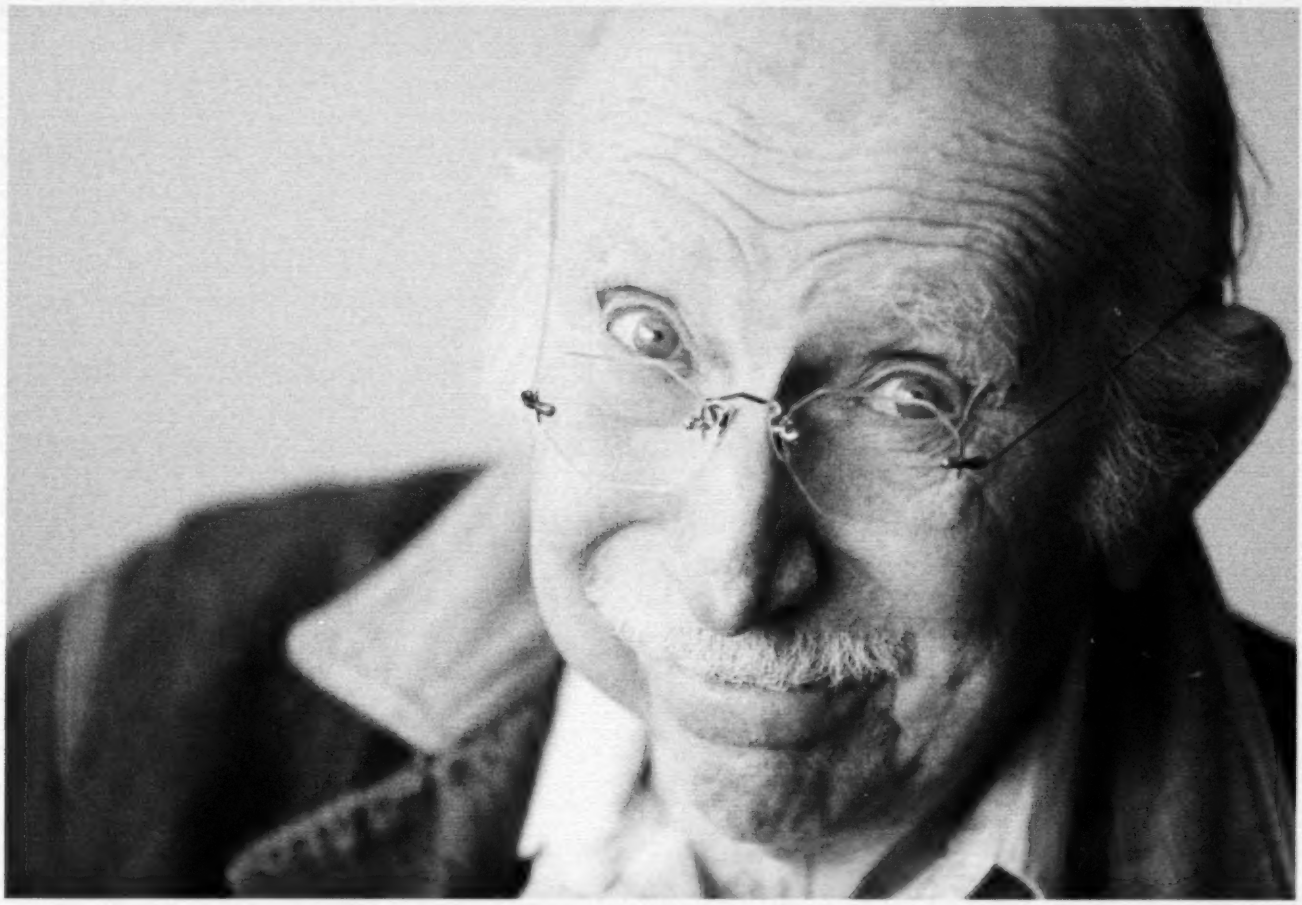
Légende

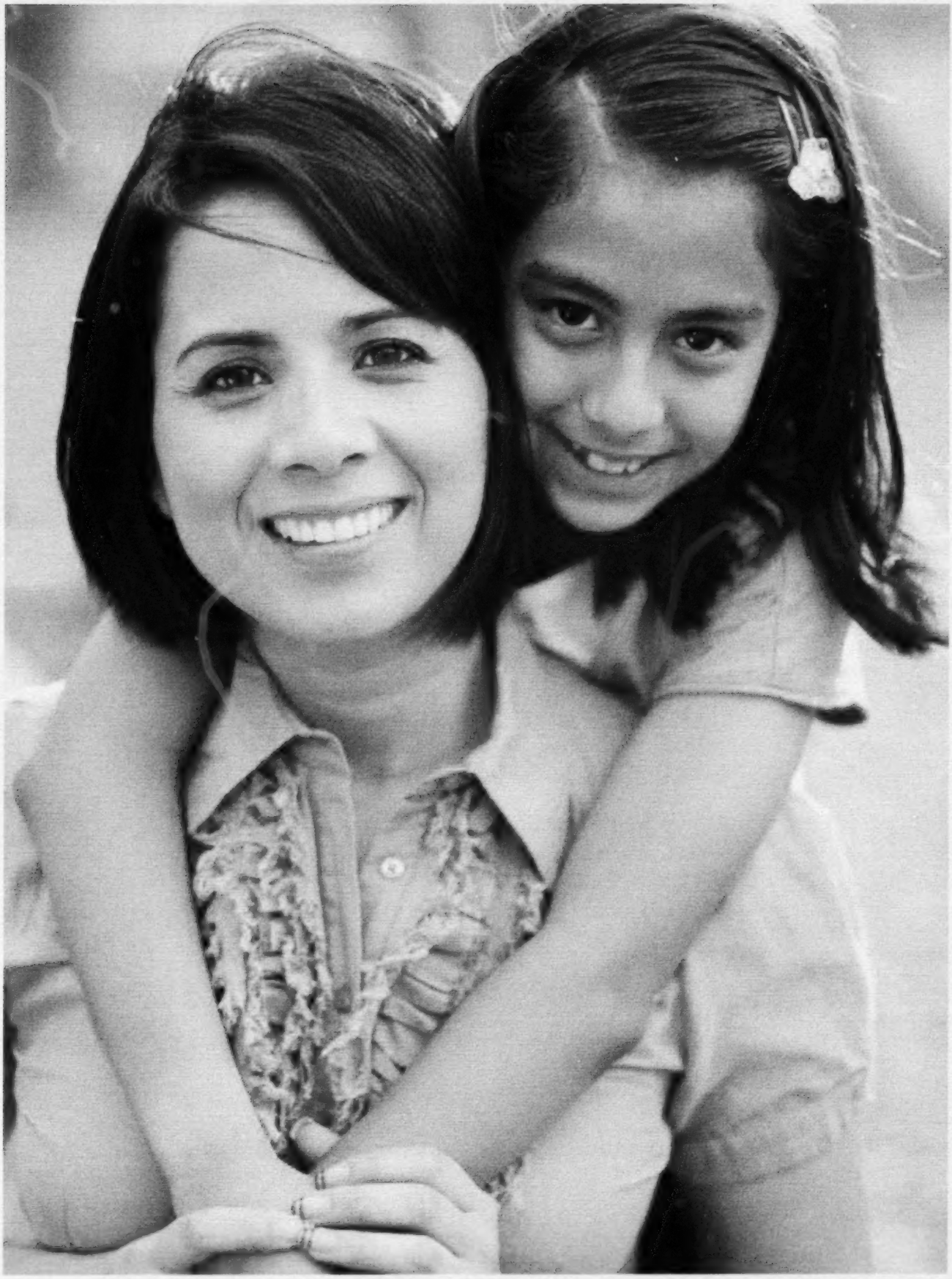
Note 1 : Les indicateurs pour les séjours aux urgences et les temps d'attente représentent l'expérience vécue par la 9e personne sur les 10 personnes suivies; cela veut donc dire que 8 autres personnes ont attendu moins longtemps que ci-dessus, et qu'une seule a attendu plus longtemps.

*Point de départ : rendement avant la création du RLISS ou par rapport aux premières données recueillies après sa création

En plus de la réduction des temps d'attente, le RLISS de WW travaille à faire en sorte qu'une proportion élevée de résidents puissent recevoir des soins dans les délais cibles recommandés. On peut voir ci-dessous les nouvelles cibles que le RLISS de WW et les fournisseurs de services de santé s'engagent à respecter, et les progrès actuels. Malgré le fait que ces nouveaux indicateurs aient été établis en cours d'année, nous nous sommes déjà améliorés dans chaque domaine où nous n'avions pas encore atteint la cible.

INDICATEUR DE RENDEMENT	Point de départ 2013-2014	Cible pour le système local	Notation la plus récente du système local	Rang du RLISS
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (84 jours) pour une chirurgie du cancer	99 %	90 %	94,09 %	9
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (90 jours) pour un pontage coronarien	99 %	90 %	100 %	1
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (182 jours) pour une chirurgie de la cataracte	99 %	90 %	98,12 %	5
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (182 jours) pour un remplacement de la hanche	82 %	90 %	93,59 %	6
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (182 jours) pour un remplacement du genou	67 %	90 %	79,44 %	7
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (28 jours) pour une IRM	55 %	90 %	64,41 %	5
Proportion de cas non urgents résolus dans le délai d'accès cible (28 jours) pour un tomodensitogramme	83 %	90 %	83 ,54 %	5





INITIATIVES PARTICULIÈRES ET RÉSULTATS POUR 2013-2014

OBJECTIF	RÉALISATION
Créer un partenariat local pour la qualité afin de réunir les dirigeants cliniques locaux et les dirigeants du système afin d'améliorer la qualité des soins à l'échelle locale.	La mise sur pied du Partenariat local pour la qualité (PLQ) de Waterloo Wellington a permis de réunir les dirigeants cliniques locaux et les dirigeants du système une fois par mois; à cette occasion, ils conseillent le RLISS de WW sur les meilleurs moyens de favoriser et d'aider à un environnement de gestion du changement axé sur les améliorations qualitatives pour les patients et les citoyens de la région.
Améliorer la qualité des services par le déploiement de procédures fondées sur la qualité.	La qualité des soins s'est améliorée grâce à la création de programmes intégrés axés sur la mise en œuvre de procédures fondées sur la qualité, particulièrement pour les procédures chirurgicales.
Mettre en place un programme régional intégré pour les soins de l'AVC qui comprendra la mise sur pied d'une unité dédiée à l'AVC et de services de réadaptation spécialisés.	Grâce à la mise en place d'un programme régional intégré des soins de l'AVC, 20 patients de plus survivront à un AVC chaque année. Moins de citoyens auront à composer avec des incapacités graves à la suite d'un tel incident et jusqu'à 100 patients pourraient rentrer à la maison après un AVC au lieu d'être dirigés vers les soins de longue durée. Cette amélioration a été possible en regroupant les soins de l'AVC dans deux centres d'excellence ou les citoyens pourront profiter d'une expertise et de soins spécialisés.
Terminer la prochaine phase de mise en œuvre d'un programme régional de soins en réadaptation qui inclura des chemins thérapeutiques fondés sur les pratiques exemplaires uniformément adoptées dans le RLISS de WW.	Un nouveau programme intégré de réadaptation a été mis en place. Les citoyens ont désormais accès à quatre canaux de soins en réadaptation qui aident les patients de l'hôpital à la maison et dans la communauté.
Mettre en place six nouveaux programmes cliniques régionaux qui comprendront entre autres l'établissement d'un commanditaire de programme et de conseils cliniques pour chaque programme, l'établissement de normes et de chemins thérapeutiques et permettra un accès plus équitable et une qualité plus uniforme des soins dans la région de Waterloo Wellington : Toxicomanie et santé mentale; soins cardiaques; soins intensifs, d'abord axés sur les USI à accès fermé; urgences; pharmacie, d'abord avec le contrôle antimicrobien; chirurgie, d'abord avec des procédures fondées sur la qualité. Chaque programme régional établira des normes, assurera la surveillance des principales mesures et procédera à des améliorations du programme.	Les commanditaires du programme et les conseils cliniques ont été formés pour chaque programme clinique régional. Les conseils évaluent présentement les pratiques en cours, établissent les points à améliorer et travaillent à la conception d'un plan pour aller de l'avant. Un travail de planification est aussi en cours en vue du déploiement de procédures fondées sur la qualité et de la mise en œuvre d'une réforme du financement du système de santé. Dans chaque domaine, nous espérons parvenir aux mêmes résultats que pour les soins cardiaques et les soins du cancer, qui sont maintenant deux des meilleurs programmes de la province.
Mettre en place un programme intégré de gestion des plaies à même le continuum de soins.	La première phase du programme a été finalisée cette année, notamment avec la mise sur pied d'un conseil de gestion des plaies (Wound Care Council) qui a réalisé une évaluation des pratiques actuelles, un modèle pour l'état futur, un plan de mise en œuvre et un plan de viabilité. Ce programme permettra de réduire la prévalence des blessures évitables et d'améliorer le soin des plaies dans tout le continuum de soins.
Mettre en œuvre la politique de « vie ou de mort » dans toute la région de Waterloo Wellington.	Une politique de « vie ou de mort » est entrée en vigueur dans toute la région de Waterloo Wellington. Cette politique de « non-refus » veut dire que tous les hôpitaux se sont engagés à travailler ensemble à fournir des soins hospitaliers en temps opportun aux résidents qui risquent de perdre un membre ou de perdre la vie. Auparavant, lorsqu'il n'y avait plus de place dans un hôpital ou qu'un spécialiste n'était pas disponible, les citoyens pouvaient attendre plus longtemps pour des soins. Les citoyens reçoivent désormais des soins plus rapidement et ont de meilleures chances de guérir.
Le RLISS de WW continuera de rendre les fournisseurs responsables, dans le cadre de l'ERS-H, de satisfaire les normes établies pour la province et à l'échelle régionale.	Le RLISS de WW atteint ou surpasse plusieurs des cibles de rendement de l'Entente de responsabilisation Ministère-RLISS et est un chef de file dans de nombreux domaines clés. On trouvera plus de détails à ce sujet dans les rapports de rendement de chaque priorité.

ENGAGER NOTRE COMMUNAUTÉ

QU'EST-CE QUE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE?

En tant que résidents de la région, les membres du personnel du RLISS de Waterloo Wellington sont profondément enracinés dans les communautés qu'ils desservent. Cette perspective locale, jumelée à un engagement communautaire formel et informel, permet au RLISS de WW de profiter d'une compréhension profonde des besoins propres aux résidents de toute la région de Waterloo Wellington.

Cet aspect est important, car les améliorations au système de santé doivent refléter directement les besoins des résidents de la région. Pour comprendre pleinement en quoi consistent ces besoins, le RLISS de WW offre aux résidents la possibilité de s'informer, de se former, de consulter et d'évoluer, ce qui les rend aptes à participer à la planification et aux décisions qui amélioreront le système de santé local.

Or, qu'est-ce que ça signifie exactement? Que le RLISS de WW s'entretient avec les citoyens et avec les intervenants avant de prendre des décisions. Cela signifie également que si les citoyens et les intervenants ont des questions ou des idées pour améliorer le système de santé à Waterloo Wellington, le RLISS de WW sera toujours à leur écoute.

L'engagement communautaire ne veut pas dire que tout le monde sera toujours d'accord avec les décisions prises dans le système de santé. Waterloo Wellington abrite une population diversifiée, composée de personnes aux intérêts différents et dont l'approche sur ce que sont les soins de santé et sur la façon de les améliorer varie grandement. Le RLISS de WW est à l'écoute de toutes ces opinions divergentes et en tient compte dans son processus décisionnel.

POSSIBILITÉS DE PARTICIPATION EN 2013-2014

Au cours de la dernière année, le RLISS de WW a suscité, de manière formelle ou informelle, la participation de milliers de citoyens et de travailleurs du secteur de la santé.

Avec le déploiement du nouveau Plan de services de santé intégrés (PSSI), l'élaboration du Plan d'activités 2014-2015, les événements communautaires, les rencontres au sein du réseau et du conseil, les conférences de presse, les réunions du conseil d'administration, l'approche communautaire et plus encore, le conseil d'administration et le personnel du RLISS de WW se sont réunis régulièrement et ont échangé avec les intervenants et avec des membres de la communauté.

Le RLISS de WW a d'ailleurs axé ses efforts de participation sur les intervenants suivants :

Résidents de la région

Les résidents de la région et leurs familles sont au cœur de notre stratégie visant à améliorer l'accès, les services et la qualité dans notre système de santé local. Leur participation se reflète dans notre conseil communautaire, qui regroupe 15 membres, dans nos événements communautaires, nos rencontres individuelles, par l'intermédiaire de nos fournisseurs de services de santé, et plus encore. Les points de vue des citoyens d'ici sont au centre de chaque décision prise par le conseil d'administration du RLISS de WW et son personnel.

Fournisseurs locaux de services de santé

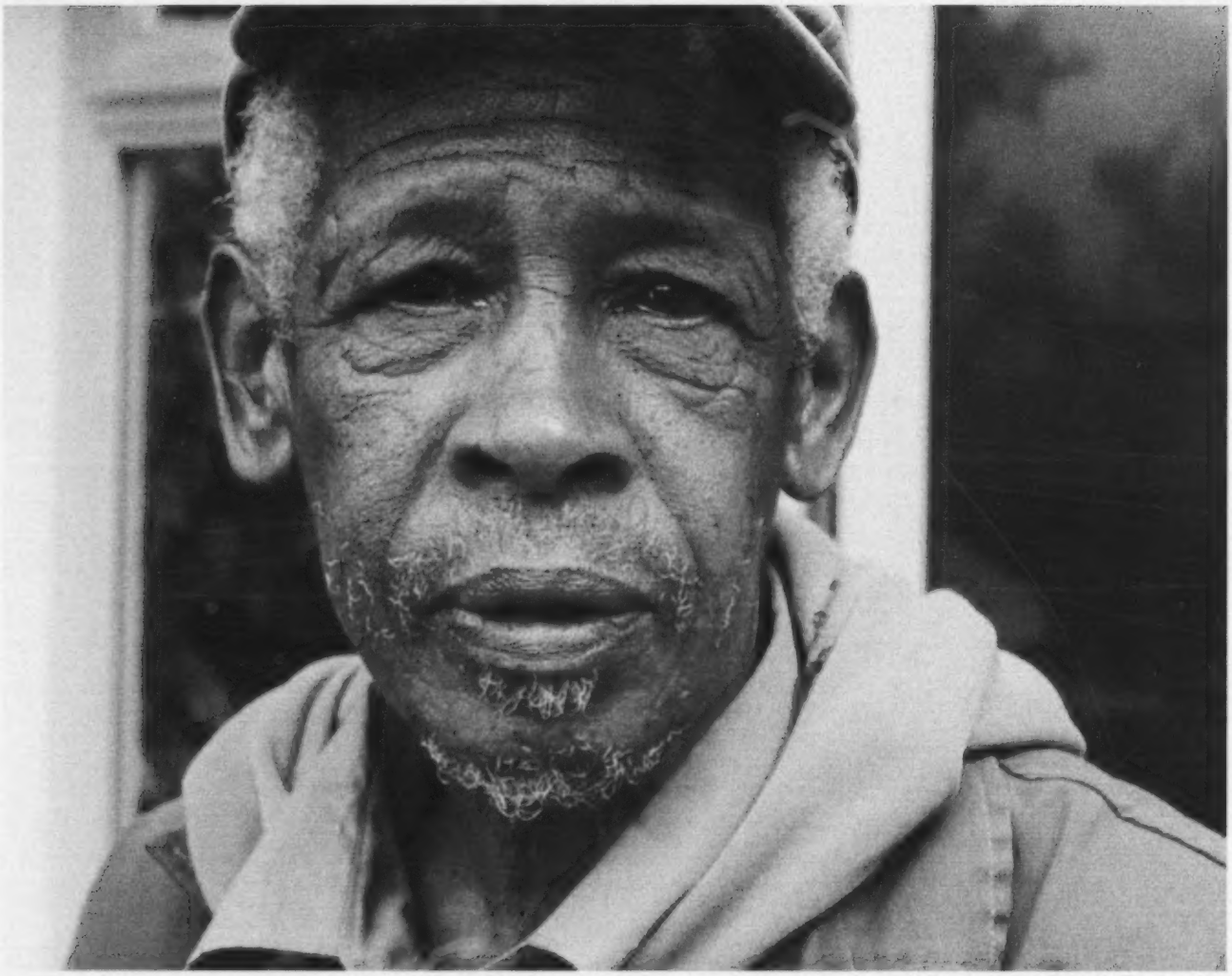
Les fournisseurs de services de santé forment la structure même de notre système de santé. Ensemble, ces fournisseurs assurent les services essentiels qui permettent d'améliorer la santé et le bien-être de nos résidents. Ils sont aussi responsables de la mise en œuvre du plan stratégique de notre système de santé, le PSSI. Bien que les relations avec les dirigeants du système de santé et le personnel de première ligne se sont poursuivies avec l'élaboration de notre Plan d'activités annuel 2014-2015, on a insisté particulièrement cette année sur la participation des gouverneurs du système de santé. Plusieurs rencontres entre conseils d'administration ont eu lieu, et des travaux de planification d'une stratégie de participation des gouverneurs ont aussi été entrepris. On a aussi organisé des symposiums des gouverneurs afin de faire progresser l'intégration en favorisant la collaboration au sein de la gouvernance.

Organismes locaux

Les déterminants sociaux de la santé ont les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales présentes dans nos vies et qui ont des répercussions sur notre santé globale. Aucun secteur ni aucun organisme ne peut, seul, améliorer la santé d'une population. Voilà pourquoi il est si important pour le RLISS de WW d'obtenir la participation des individus et des organismes à l'extérieur du milieu de la santé. Cette année, l'engagement du secteur public à une échelle plus large et celui des organismes communautaires ont été au centre des préoccupations, afin de mieux soutenir les citoyens grâce aux Maillons santé et aux tables ou aux carrefours de connectivité. Grâce à ces efforts, les organismes peuvent maintenant déployer les services sociaux et de santé « autour » des citoyens qui ont le plus de besoins – et voir au-delà de l'étendue de leurs seuls services afin de s'assurer que les résidents obtiennent l'aide adéquate dans leur communauté. Rapidement, Waterloo Wellington est en train de devenir un chef de file provincial dans ce domaine.

Groupes consultatifs et réseaux de fournisseurs locaux du RLISS de WW

Les groupes consultatifs et les réseaux comptent parmi les moyens originaux utilisés par le RLISS de WW pour réunir les fournisseurs de services de santé et travailler vers un même but – améliorer la santé et le bien-être des citoyens. Au cours de la dernière année, le RLISS de WW a travaillé avec ses groupes consultatifs à l'intégration de divers programmes et services, notamment la réadaptation et les soins de l'AVC, les soins du diabète, la toxicomanie et la santé mentale, et plus. Les groupes avec lesquels le RLLISS a travaillé sont le conseil consultatif des professionnels de la santé locaux, le conseil consultatif en soins primaires et divers réseaux (toxicomanie et santé mentale, services de soutien communautaire, services gériatriques, services d'urgence, etc.).



ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET SERVICES DE SANTÉ EN FRANÇAIS

La communauté francophone de Waterloo Wellington regroupe une population de plus en plus diversifiée sur le plan culturel, puisque les nouveaux arrivants forment la majorité des nouveaux citoyens francophones de notre région. Aucune donnée précise sur l'augmentation des citoyens francophones dans notre région n'est disponible, puisque le dernier recensement n'a pas utilisé la définition adoptée par l'Ontario pour le terme « francophone ». Notons toutefois qu'en Ontario, la population francophone s'est accrue de 6 % par rapport aux données de 2006. Les données les plus récentes suggèrent qu'il y a dans la région de Waterloo Wellington environ 10 500 résidents qui considèrent le français comme leur langue principale, et plus de 15 000 qui ont une connaissance du français et parlent français à la maison (ces données comprennent les immigrants récents).

Grâce à un sondage sur l'état de santé des francophones dans notre communauté, réalisé par l'Entité de planification des services de santé en français (Entité2) de notre région, et aux résultats du sondage du RLISS de WW, nous avons été en mesure de tisser des liens, d'identifier et de répondre à certains des besoins de santé qui, selon notre communauté francophone, sont prioritaires.

Cette année, le RLISS de WW a donc mis en place un certain nombre de services en français, notamment des services en santé mentale par l'intermédiaire de la télémédecine et des soins primaires en français dans le cadre d'Équipes de santé familiale.

ACTIVITÉS DE PLANIFICATION ET SERVICE DE SANTÉ AUTOCHTONES

La communauté autochtone locale de Waterloo Wellington se retrouve essentiellement en milieu urbain. Il n'existe pas de réserves ou de Centres d'amitié autochtone sur notre territoire. Les résidents autochtones qui ont besoin de soins de santé ont accès aux services par l'intermédiaire du réseau local habituel, ou se rendent à l'extérieur du territoire du RLISS de WW pour obtenir des soins adaptés sur le plan culturel. La diversité de notre population autochtone fait en sorte qu'il est difficile de joindre l'ensemble de la communauté locale. Cette année, toutefois, nous y sommes parvenus grâce à des initiatives particulières qui ont permis d'accroître la participation des Autochtones et leur accès aux services de santé au RLISS de WW.

Tout d'abord, un nouveau programme de santé et de bien-être pour la communauté autochtone a été créé au Centre de santé communautaire du centre-ville de Kitchener et on a procédé à l'embauche d'un professionnel de la promotion de la santé et du bien-être afin de créer des liens entre la communauté autochtone et les fournisseurs de services de santé de Waterloo Wellington.

Ensuite, l'hospice de Waterloo a finalisé une évaluation des besoins en soins palliatifs de la communauté autochtone financée par le RLISS de WW et à laquelle ont contribué plus de 60 membres de la communauté autochtone de la région. Le projet était aussi lié à une initiative d'Action Cancer Ontario visant la création d'une stratégie de soins palliatifs pour la communauté autochtone, à l'échelle de toute la province.

Cette année, le RLISS de Waterloo Wellington a aussi participé activement à l'avancement des compétences culturelles avec son personnel, son conseil d'administration et avec les fournisseurs de services de santé de tout le système de santé local. Le RLISS de WW a tenu des ateliers offerts par des animateurs autochtones à tout le personnel et aux membres du conseil d'administration. Les ateliers ont aussi été offerts aux organismes communautaires et du secteur de la santé dans tout le RLISS et plus de 92 % de tous les fournisseurs de services de santé y ont participé. Ces ateliers ont suscité des commentaires très positifs et nous travaillons présentement à l'élaboration d'une stratégie visant à poursuivre le processus d'apprentissage, au RLISS comme auprès de tous les fournisseurs de services de santé.

Des rencontres régulières ont aussi été organisées au cours de l'année financière avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et avec le ministère des Services sociaux et communautaires. Ce nouveau partenariat aidera à faire en sorte que les services créés ou adaptés à la communauté autochtone répondent bien aux besoins de ses membres et soient adéquats sur le plan culturel. Il facilitera aussi la coordination d'une approche complète des services destinés à la communauté autochtone. Grâce à ces séances de planification, nous avons aussi conclu des partenariats entre ces organismes et les principaux fournisseurs de services de santé dans notre RLISS afin de faciliter le continuum de soins. Cette collaboration a permis aux clients du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse de profiter d'un meilleur accès aux services par l'intermédiaire de la télémédecine.

RLISS DE WW : SOMMAIRE DES OPÉRATIONS

Les revenus totaux pour l'année financière 2013-2014 comprennent le financement pour les activités et les initiatives du RLISS de WW et le financement destinés aux fournisseurs de services de santé conformément aux normes en matière de rapports en vigueur dans le secteur public.

En 2013-2014, le budget d'exploitation du RLISS de WW était de 4,6 millions $, plus 1,5 million $ en financement pour des initiatives spéciales. Le financement versé aux fournisseurs de services de santé totalise 1,022 milliard de dollars. Environ un demi de 1 % de notre financement total est utilisé pour les activités du RLISS de WW afin de soutenir les rôles importants de supervision du système de santé, de gestion du rendement, de financement, de planification, de coordination, d'intégration et d'amélioration de notre système de santé local.

Le RLISS de WW a terminé son année financière avec un surplus opérationnel de 478 506 $. Le RLISS de WW a procédé à l'embauche d'effectifs supplémentaires, avec 30 postes équivalents temps plein (ETP) dont les fonctions se concentraient sur l'amélioration des résultats de santé, l'accès aux soins et la valeur pour l'argent des contribuables. Notre personnel à temps plein et nos contractuels regroupent des ensembles de compétences et des parcours professionnels diversifiés. On y retrouve notamment du personnel infirmier, d'autres professionnels de la santé et d'anciens cadres et dirigeants de grands fournisseurs de services de santé, d'organismes gouvernementaux et du secteur privé, un médecin-chef des soins primaires, un médecin-chef des urgences, un médecin-chef des soins intensifs et un chef de la prévention et du contrôle des maladies chroniques.

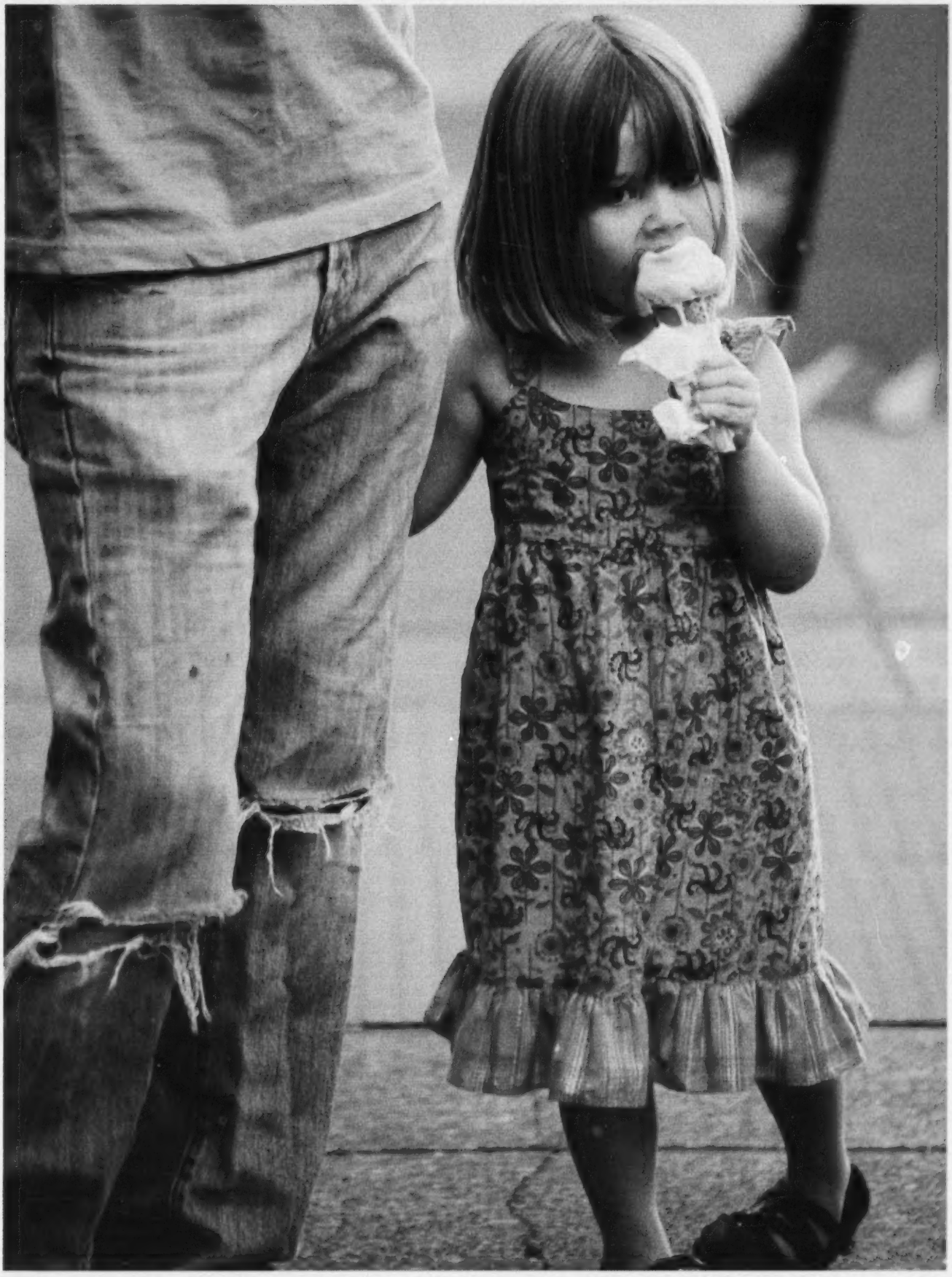
Les états financiers vérifiés se trouvent à la page 45.

UN REGARD VERS L'AVENIR : LA FAMILLE THOMAS

Nous ne pouvons faire le bilan de l'année qui vient de se terminer sans réfléchir aussi à celle qui s'amorce. La première année du Plan triennal de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS de WW nous a donné un élan stimulant vers le changement. Alors que nous nous apprêtons à en amorcer la deuxième année, la voie à emprunter est clairement tracée.

Nous continuerons de travailler avec les Maillons santé afin de mieux soutenir les citoyens ayant des besoins complexes. Nous poursuivrons aussi nos efforts afin de mieux relier les services entre eux et d'améliorer le cheminement dans le système – grâce, notamment, à l'admission centralisée pour le contrôle des maladies chroniques. Le travail d'intégration se poursuivra afin que nos résidents puissent avoir accès à des soins de grande qualité, et ce, sans égard au lieu où ils vivent dans notre communauté.

Pour un coup d'œil complet sur ce qui forme l'engagement des quelque 37 000 travailleurs de la santé de toute la région de Waterloo Wellington pour l'année à venir, consultez le Plan d'activités annuel 2014-2015. Vous y ferez la connaissance de la famille Thomas et partagerez leur expérience des changements du système de santé local jusqu'à maintenant. Vous y trouverez aussi de l'information sur la façon dont les changements, au cours de la prochaine année, permettront d'offrir de meilleurs soins aux Thomas et à des milliers d'autres familles de la région de Waterloo Wellington.



RAPPORT SUR LES RESPONSABILITÉS DE LA DIRECTION

Il incombe à la direction du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) d'Waterloo Wellington de préparer les états financiers afférents conformément aux principes comptables généralement reconnus. La direction prépare les états financiers conformément aux conventions comptables appropriées et, en se fondant sur les meilleures estimations possibles et en faisant preuve de jugement éclairé, rend compte des activités et des transactions comme elles sont survenues. La direction a retenu des montants raisonnablement fondés pour s'assurer que les états financiers sont présentés fidèlement, à tous les égards importants. Les données financières incluses dans le présent rapport annuel sont préparées sur une base comparable à celle des états financiers.

La direction tient à jour un système de mécanismes de contrôle interne pour donner une assurance raisonnable, moyennant des frais raisonnables, que les éléments d'actif sont protégés et que les transactions sont exécutées et enregistrées conformément aux politiques régissant les activités du RLISS.

Il incombe au conseil d'administration de s'assurer que la direction assume ses responsabilités en matière d'information financière et de contrôle interne et de passer en revue et d'approuver en dernier ressort les états financiers consolidés. Ces responsabilités sont acquittées essentiellement par le comité de vérification. Le comité se réunit environ quatre fois par an pour passer en revue l'information financière vérifiée et non vérifiée. Deloitte & Touche LLP a libre et plein accès au comité de vérification.

La direction reconnaît qu'il lui incombe de présenter des renseignements financiers représentatifs des opérations du RLISS, uniformément fiables et pertinents pour l'évaluation éclairée des activités du RLISS.

Bruce Lauckner
directeur général

M. Matthew Little, CPA, CMA, MBA
directeur général des finances

Le 26 juin 2014

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

31 mars 2014

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

31 mars 2014

Table des matières

Rapport de l'auditeur indépendant 1-2

État de la situation financière 3

État des résultats 4

État de la variation de la dette nette 5

État des flux de trésorerie 6

Notes complémentaires 7-16

Deloitte.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport de l'auditeur indépendant

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Nous avons effectué l'audit des états financiers ci-joints du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2014 et les états des résultats, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifiions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus dans le cadre de notre audit sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit.

Opinion

À notre avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington au 31 mars 2014, ainsi que de ses résultats, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice clos à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Deloitte S.E.N.C.R.L/s.r.l

Comptables professionnels agréés, comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 26 juin 2014

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État de la situation financière
au 31 mars 2014

	2014	2013
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**844 942**	962 598
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (note 9)	**2 378 472**	-
Autres débiteurs	**124 090**	56 131
	3 347 504	1 018 729
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**667 663**	673 075
Montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (note 3b)	**334 506**	369 847
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**2 378 472**	-
Montant à verser au Bureau des services partagés des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (note 4)	**89**	35 450
Apports de capital reportés (note 5)	**252 488**	281 354
	3 633 218	1 359 726
Dette nette	**(285 714)**	(340 997)
Engagements (note 6)		
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**33 226**	59 643
Immobilisations corporelles (note 7)	**252 488**	281 354
	285 714	340 997
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil

_____, président du conseil d'administration

_____, président du comité des finances et de vérification

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État des résultats

pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	Budget (note 8)	Montant réel 2014	Montant réel 2013
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	1 000 603 795	1 021 950 105	996 284 176
Activités du Réseau local d'intégration des services de santé – frais généraux et administratifs	5 540 003	5 515 079	4 377 108
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration (note 10a)	-	280 000	580 000
Chef de service des urgences (note 10b)	75 000	75 000	75 000
Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins (note 10c)	100 000	100 000	100 000
Planification autochtone (note 10d)	5 000	5 000	5 000
Services en français (note 10e)	106 000	106 000	106 000
Chef des soins aux malades en phase critique (note 10f)	75 000	75 000	75 000
Chef des soins primaires (note 10g)	75 000	75 000	75 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	75 000	81 134	88 663
	1 006 654 798	1 028 262 318	1 001 765 947
Financement remboursable au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (note 3b)	-	(478 506)	(369 847)
	1 006 654 798	1 027 783 812	1 001 396 100
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	1 000 603 795	1 021 950 105	996 284 176
Activités du Réseau local d'intégration des services de santé – frais généraux et administratifs (note 11)	5 615 003	5 241 802	4 396 348
Bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration (note 10a)	-	171 752	282 399
Chef de service des urgences (note 10b)	75 000	66 661	75 000
Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins (note 10c)	100 000	100 000	100 000
Planification autochtone (note 10d)	5 000	360	5 000
Services en français (note 10e)	106 000	106 000	106 000
Chef des soins aux malades en phase critique (note 10f)	75 000	72 132	72 435
Chef des soins primaires (note 10g)	75 000	75 000	74 742
	1 006 654 798	1 027 783 812	1 001 396 100
Surplus de l'exercice et surplus accumulé à la fin	-	-	-

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État de la variation de la dette nette
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	Budget (note 8)	2014	2013
	$	$	$
Surplus de l'exercice	-	-	-
Variation des charges payées d'avance, montant net	**35 000**	**26 417**	(32 212)
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(50 000)**	**(52 268)**	(81 825)
Amortissement des immobilisations corporelles	**75 000**	**81 134**	88 663
Diminution (augmentation) de la dette nette	**60 000**	**55 283**	(25 374)
Dette nette au début	**(340 997)**	**(340 997)**	(315 623)
Dette nette à la fin	**(280 997)**	**(285 714)**	(340 997)

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

État des flux de trésorerie
pour l'exercice clos le 31 mars 2014

	2014	2013
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations corporelles	**81 134**	88 663
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(81 134)**	(88 663)
	-	-
Variation des éléments sans effet sur la trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée	**(2 378 472)**	-
(Augmentation) diminution des autres débiteurs	**(67 959)**	192 209
Diminution des créditeurs et charges à payer	**(5 412)**	(61 541)
(Diminution) augmentation du montant à verser au ministère de la Santé et des Soins de longue durée	**(35 341)**	268 368
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**2 378 472**	-
Diminution du montant à verser à cyberSanté Ontario	-	(1 660)
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés des Réseaux locaux d'intégration des services de santé	**(35 361)**	35 450
Diminution (augmentation) des charges payées d'avance	**26 417**	(32 212)
	(117 656)	400 614
Acquisition d'immobilisations corporelles	**(52 268)**	(81 825)
Financement		
Apports de capital reçus (note 5)	**52 268**	81 825
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie	**(117 656)**	400 614
Trésorerie au début	**962 598**	561 984
Trésorerie à la fin	**844 942**	962 598

Les notes complémentaires font partie intégrante des présents états financiers.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington

Notes complémentaires

31 mars 2014

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), sous l'appellation Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington (le « RLISS »), et ses lettres patentes ont été dissoutes. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la totalité du comté de Wellington, la région de Waterloo et la ville de Guelph, en plus d'englober une partie du comté de Grey, que les RLISS du Sud-Ouest et de Simcoe Nord Muskoka se partagent également. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

Le RLISS est financé par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de rendement des RLISS (l'« entente de rendement ») conclue avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère et établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère. Le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé, avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert au Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par un RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers de chaque RLISS pour l'exercice clos le 31 mars 2014.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

2. Principales méthodes comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les principales méthodes comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées. En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments sans effet sur la trésorerie comme l'amortissement des immobilisations corporelles.

2. Principales méthodes comptables (suite)

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis. Ces sommes sont comptabilisées à la clôture de la période au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement d'immobilisations est constatée à titre d'apports de capital reportés et amortie à titre de produits sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des résultats est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations corporelles.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations corporelles. Les apports sous forme d'immobilisations corporelles sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations corporelles, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'une immobilisation corporelle de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé. Les immobilisations corporelles sont amorties sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique, mobilier et agencements de bureau	3 ans (méthode linéaire)
Améliorations locatives	Durée du bail (méthode linéaire)
Matériel de bureau	5 ans (méthode linéaire)

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Informations sectorielles

Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des résultats et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter d'information additionnelle.

2. Principales méthodes comptables (suite)

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les éléments importants assujettis à ces estimations et hypothèses comprennent l'évaluation des charges à payer et la durée de vie utile des immobilisations corporelles. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de rendement, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

			2014	2013
	Financement reçu	**Charges admissibles**	**Excédent**	Excédent
	$	**$**	**$**	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	**1 021 950 105**	**1 021 950 105**	**–**	–
Activités du RLISS	**5 596 213**	**5 241 802**	**354 411**	69 423
Technologies habilitantes	**280 000**	**171 752**	**108 248**	297 601
Chef des soins aux malades en phase critique	**75 000**	**72 132**	**2 868**	2 565
Chef de service des urgences	**75 000**	**66 661**	**8 339**	–
Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins	**100 000**	**100 000**	**–**	–
Planification autochtone	**5 000**	**360**	**4 640**	–
Services en français	**106 000**	**106 000**	**–**	–
Chef des soins primaires	**75 000**	**75 000**	**–**	258
	1 028 262 318	**1 027 783 812**	**478 506**	369 847

b) Le montant à verser au Ministère aux 31 mars se compose des éléments suivants :

	2014	2013
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**369 847**	101 479
Paiement au Ministère au cours de l'exercice	**(513 847)**	(101 479)
Financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**478 506**	369 847
Montant à verser au Ministère à la fin	**334 506**	369 847

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») et le Partenariat des RLISS (le « PRLISS ») sont des divisions du RLISS de Toronto-Centre et sont assujetties aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR et le PRLISS sont responsables, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

Le PRLISS a été créé au cours de l'exercice 2011 afin de renforcer les liens entre les fournisseurs de services de santé, les associations et les RLISS, et de favoriser un alignement entre les différents systèmes. Le PRLISS a pour objectif de soutenir les RLISS :

- dans leur démarche visant à obtenir la participation de la communauté des fournisseurs de services de santé afin que ceux-ci soutiennent une intégration efficace et réalisée en collaboration avec les systèmes de soin de santé;
- dans leur rôle de gestionnaire de système;
- quand il y a lieu, dans l'implantation harmonieuse des stratégies et initiatives provinciales;
- dans la détermination et la communication des pratiques exemplaires.

La PRLISS est un organisme dirigé par les RLISS et est responsable devant ces derniers. Le financement du PRLISS est assuré par les RLISS, avec une participation du Ministère.

5. Apports de capital reportés

	2014	2013
	$	$
Solde au début	**281 354**	288 192
Apports de capital reçus au cours de l'exercice	**52 268**	81 825
Amortissement pour l'exercice	**(81 134)**	(88 663)
	252 488	281 354

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation et de contrats d'entretien visant des locaux, des logiciels et du matériel. Les contrats seront également très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices s'établissent comme suit :

	$
2015	535 237
2016	334 501
2017	311 380
2018	311 380
2019	311 380
Par la suite	389 225

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement réel du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations corporelles

	Coût	Amortissement cumulé	2014 Valeur comptable nette	2013 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	**358 356**	**301 878**	**56 478**	82 690
Matériel informatique	**82 117**	**78 678**	**3 439**	6 878
Améliorations locatives	**274 529**	**81 958**	**192 571**	191 786
	715 002	**462 514**	**252 488**	281 354

8. Chiffres du budget

Les chiffres du budget présentés à l'état des résultats reflètent le budget initial au 1er avril 2013 approuvé par le Conseil du RLISS. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Les tableaux suivants présentent les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget final du financement des fournisseurs de services de santé de 1 021 950 105 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	1 000 603 795
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	21 346 310
Budget final	1 021 950 105

Le budget final des frais généraux et administratifs et des initiatives précises de 6 087 079 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	5 976 003
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	163 344
Montant considéré comme des apports de capital au cours de l'exercice	(52 268)
Budget final	6 087 079

Aucun budget n'a été fixé en regard des éléments figurant à l'état de la variation de la dette nette.

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Au cours de l'exercice, le RLISS a pu accorder un financement de 1 021 950 105 $ (997 730 993 $ en 2013) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les ajustements de fin d'exercice effectués par le Ministère se sont traduits par une réduction des paiements de transfert de néant (1 446 757 $ en 2013), portant ainsi le total des paiements de transfert comptabilisés à 1 021 950 105 $ (996 284 176 $ en 2013). Les paiements de transfert réels accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour l'exercice 2014 :

	2014	2013
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**592 553 624**	593 412 581
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**159 225**	159 225
Centres de soins de longue durée	**176 901 625**	167 134 986
Centres d'accès aux soins communautaires	**122 436 308**	116 841 644
Services de soutien communautaires	**25 334 972**	20 925 843
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**5 923 778**	5 871 978
Centres de soins de santé communautaires	**20 799 606**	17 275 279
Programmes communautaires de soins de santé mentale	**36 660 812**	33 617 670
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	**30 642 050**	30 642 050
Programmes de toxicomanie	**10 538 105**	10 402 920
	1 021 950 105	996 284 176

Le RLISS reçoit du Ministère un financement qu'il verse à son tour aux fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2014, un montant de 2 378 472 $ (néant en 2013) devait être reçu du Ministère et versé aux fournisseurs de services de santé. Ces montants ont été comptabilisés à titre de produits et de charges dans l'état des résultats du RLISS et sont présentés dans le tableau précédent.

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère relativement à certains projets

a) Technologies habilitantes aux fins du bureau de gestion des projets d'intégration

En date du 31 janvier 2014, le RLISS a conclu une entente avec les RLISS d'Érié St-Clair, de Hamilton Niagara Haldimand Brant et du Sud-Ouest (le « groupement ») afin d'assurer une mise en œuvre efficace et efficiente des programmes et des initiatives de cybersanté sur le territoire du groupement. En vertu de cette entente, les décisions relatives aux activités financières et aux activités d'exploitation du bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration sont prises en commun. Aucun RLISS n'est en mesure d'exercer un contrôle unilatéral.

Pour l'exercice 2014, le Ministère a octroyé un montant de 2 320 000 $ au RLISS du Sud-Ouest relativement aux initiatives liées aux technologies habilitantes. Le RLISS du Sud-Ouest a fourni un apport en trésorerie de 280 000 $ au RLISS de Waterloo Wellington.

Les états financiers du RLISS reflètent la partie qui lui revient du financement fourni par le Ministère au groupement en ce qui a trait au bureau de gestion de projets relatifs aux technologies habilitantes d'intégration et aux dépenses connexes.

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère relativement à certains projets (suite)

a) Technologies habilitantes aux fins du bureau de gestion des projets d'intégration (suite)

Le tableau suivant présente de l'information financière résumée :

	2014		2013
	Total	**Partie attribuable au RLISS**	Partie attribuable au RLISS
	$	**$**	$
Produits	**2 320 000**	**280 000**	580 000
Charges	**1 951 019**	**171 752**	282 399
Surplus accumulé	**368 981**	**108 248**	297 601

Les charges engagées par le RLISS sont les suivantes :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**171 752**	251 433
Autres	**–**	30 966
	171 752	282 399

Le RLISS de Waterloo Wellington a comptabilisé dans le montant à verser au Ministère les fonds non inutilisés de sa partie du financement, soit un montant de 108 248 $. Ces fonds seront transférés au RLISS du Sud-Ouest qui sera chargé de rembourser ces montants au Ministère.

b) Chef de service des urgences

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013) relativement aux fonctions du chef de service des urgences. Les charges liées aux fonctions du chef de service des urgences engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**62 500**	72 000
Autres	**4 161**	3 000
	66 661	75 000

c) Chef du projet Urgences – Autre niveau de soins

Le RLISS a reçu un financement de 100 000 $ (100 000 $ en 2013) relativement aux fonctions du chef du projet Urgences – Autre niveau de soins. Les charges liées aux fonctions du chef du projet Urgences – Autre niveau de soins engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**100 000**	100 000

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère relativement à certains projets (suite)

d) Planification autochtone

Le RLISS a reçu un financement de 5 000 $ (5 000 $ en 2013) relativement à la planification autochtone. Les charges liées à la planification autochtone engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Engagement auprès de la communauté	**360**	5 000

e) Services en français

Le RLISS a reçu un financement de 106 000 $ (106 000 $ en 2013) relativement aux services en français. Les charges liées aux services en français engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**84 394**	81 412
Autres	**21 606**	24 588
	106 000	106 000

f) Chef des soins aux malades en phase critique

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013) relativement au chef des soins aux malades en phase critique. Les charges liées au chef des soins aux malades en phase critique engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**72 000**	72 000
Autres	**132**	435
	72 132	72 435

g) Chef des soins primaires

Le RLISS a reçu un financement de 75 000 $ (75 000 $ en 2013) relativement au chef des soins primaires. Les charges liées au chef des soins primaires engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**73 788**	72 000
Autres	**1 212**	2 742
	75 000	74 742

11. Activités du RLISS – frais généraux et administratifs

Alors que l'état des résultats présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente les frais généraux et administratifs par objet :

	2014	2013
	$	$
Salaires et charges sociales	**3 636 724**	2 986 664
Charges locatives	**303 894**	292 973
Amortissement	**81 134**	88 663
Services partagés	**391 006**	359 858
Partenariat des RLISS	**47 500**	47 500
Relations publiques	**64 204**	89 293
Services-conseils	**148 791**	89 377
Fournitures	**48 721**	35 018
Indemnités quotidiennes du président du Conseil	**66 500**	73 475
Indemnités quotidiennes de tous les autres membres du Conseil	**34 925**	39 175
Autres frais de gouvernance	**36 247**	57 913
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**42 628**	45 274
Autres	**339 528**	191 165
	5 241 802	4 396 348

Centres régionaux de coordination de la lutte contre le diabète

Le RLISS a reçu un financement de 1 341 284 $ (260 214 $ en 2013), qui est inclus dans les charges d'exploitation du RLISS, relativement à la réalisation de livrables liés aux plans de travail pour la planification de la gestion du diabète et des maladies chroniques qui sont entrés en vigueur le 1er février 2013. Les charges engagées de 1 030 667 $ (197 234 $ en 2013) sont incluses dans les frais généraux et administratifs de l'état des résultats et se présentent comme suit :

	2014	2013
	$	$
Salaires, charges sociales et services-conseils	**799 082**	87 579
Autres	**199 052**	109 655
Charge non récurrente	**32 533**	–
	1 030 667	197 234

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime multi-employeurs, pour le compte d'environ 27 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice 2014 s'est établi à 276 881 $ (265 207 $ en 2013) et ce montant a été passé en charges dans l'état des résultats. La dernière évaluation actuarielle du régime a été effectuée le 31 décembre 2013. À ce moment, le régime était entièrement capitalisé.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo Wellington
50, chemin Sportsworld Crossing, édifice Est, bureau 220, Kitchener (Ontario) N2P 0A4
Numéro local : 519-650-4472
Numéro sans frais : 1-866-306-LHIN (5446)
Télécopieur : 519-650-3155
Courriel : waterloowellington@lhins.on.ca

ISSN 2367-9948